
7
7

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1881 — N° 120

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 29 mars 1881, à 1 heure

Par Jean-Désiré MARION

Né à Mesnil-Rouxelin (Manche), le 23 décembre 1855.

HISTORIQUE. — GÉNÉRALISATION

PRONOSTIC DE L'ENCHONDROME DU TESTICULE

Président : M. PANAS, *professeur*,

Juges : MM. CHARCOT, *professeur*,
TROISIER, BOUILLY, *agrégés*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

ALPHONSE DERENNE

52, Boulevard Saint-Michel, 52

1881

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. VULPIAN.
Professeurs	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BECLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale	GUYON. DUPLAY.
Anatomie pathologique	CHARCOT.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	G. SÉE. LASEGUE. HARDY. POTAIN.
Maladies des enfants	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques et de dermatologie	FOURNIER.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. VERNEUIL. TRÉLAT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	DEPAUL.

Doyen honoraire : M. WURTZ.

Professeurs honoraires.

MM. BOUILLAUD, le baron J. CLOQUET et DUMAS

Agrégés en exercice.

MM. BERGER	MM. GAY	MM. LEGROUX	MM. RECLUS
BOUILLY	GRANCHER	MARCHAND	REMY
BUDIN	HALLOPEAU	MONOD	RENDU
BOURGOIN	HANRIOT	OLLIVIER	RICHELOT
CADIAT	HENNINGER	PEYROT	RICHET
CHANTREUIL	HUMBERT	PINARD	STRAUS
DEBOVE	JOFFROY	POZZI	TERRILLON
DIEULAFOY	LANDOUZY	RAYMOND	TROISIER
FARABEUF	DE LANESSAN		

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau	MM. N...
— des maladies des enfants	N...
— d'ophthalmologie	N...
— des maladies des voies urinaires	N...
Chef des travaux anatomiques	FARABEUF

Secrétaire de la Faculté : A. PINET.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA SOEUR, A MON FRÈRE

A MA FAMILLE

A Mlle CLÉMENTINE PASCAUD

A MON MEILLEUR AMI

M. LE DOCTEUR LOUIS PASCAUD

ET A SA FAMILLE

A M. LE PROFESSEUR GAUJOT

Professeur de clinique chirurgicale à l'École du Val-de-Grâce.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PANAS

Professeur de clinique ophthalmologique.

HISTORIQUE. — GÉNÉRALISATION

PRONOSTIC

DE L'ENCHONDROME DU TESTICULE

INTRODUCTION

Au commencement de cette année, nous avons observé au Val-de-Grâce, dans le service de M. le professeur Gaujot, un malade atteint simultanément de deux tumeurs, reliées manifestement l'une à l'autre : l'une de la grosseur du poing siégeant dans les bourses ; l'autre, d'un volume beaucoup plus considérable, siégeant dans l'abdomen. Ce malade, dont nous rapportons plus loin l'observation, n'a pas tardé à succomber, et l'examen nécropsique est venu confirmer le diagnostic porté pendant la vie : il s'agissait d'un enchondrome du testicule, généralisé surtout aux ganglions abdominaux.

Les détails de cette observation nous ayant vivement frappé, nous nous sommes proposé d'étudier cette affection ; mais d'un autre côté, la lecture des nombreux travaux, parus sur ce sujet, depuis ces vingt dernières années, nous a convaincu que certains points ont été traités com-

plètement, vu l'état actuel de la science. Nous bornerons donc notre étude à trois questions, moins bien étudiées ou dont la solution est encore controversée : ces trois questions sont les suivantes :

1° Historique de l'enchondrome du testicule ;

2° Généralisation de l'enchondrome du testicule ;

3° Pronostic.

Elles forment la première partie de notre travail.

Dans une deuxième partie, nous publions les cas d'enchondrome du testicule observés depuis l'année 1861, date à laquelle parut le remarquable mémoire de M. Dauvé, médecin principal de l'armée.

Enfin, nous avons rapproché dans un grand tableau tous les cas d'enchondrome du testicule déjà publiés, et nous essayons de tirer de cette étude comparée, quelques considérations pratiques que nous présentons sous forme de conclusions.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Ruysch, en 1714, décrivit une classe de tumeurs dites cartilaginiformes ou même cartilagineuses (tumores cartilaginosi).

Heusinger leur donna le nom de chondroïdes en se basant tout simplement sur leur consistance et leur aspect général cartilaginiforme.

Mais les anciens chirurgiens ne connaissaient rien des tumeurs chondromateuses du testicule.

A. Cooper, le premier, en 1823, dans son *Traité sur les maladies du testicule,* rapporte « que de petites plaques de cartilage et de terre ont été vues souvent entre la tunique vaginale, le testicule et la tunique albuginée. »

Cet illustre chirurgien anglais, à propos d'un cas de production cartilagineuse qu'il cite, et qui, d'après les investigations minutieuses de M. William Adams, est un magnifique exemple d'enchondrome du testicule, en examine l'étiologie, le pronostic et le traitement.

« Un testicule, dit-il, soumis à l'influence d'une inflammation chronique simple peut quelquefois, à la faveur d'un

long espace de temps et d'une certaine altération de la constitution, subir des modifications telles qu'on peut y rencontrer les apparences variées d'une matière pulpeuse, d'un kyste, d'un cartilage avec matière ossiforme.

« Ces cartilages dans la substance du testicule ne sont susceptibles d'aucune modification favorable par un traitement soit médical, soit chirurgical.

« L'opération qui consiste à enlever la partie n'est pas en général indispensable ; car ces altérations peuvent rester pendant plusieurs années dans un état indolent et, à moins que le testicule ne se tuméfie, qu'il ne résulte des inconvénients de son volume, ou qu'on ait à craindre une transformation de mauvaise nature, son amputation n'est pas rigoureusement nécessaire. Je considère, en effet, les dispositions de cette nature, comme étant l'effet d'une inflammation chronique simple longtemps prolongée, ou bien d'un changement de structure dû à l'âge, ainsi que la déposition de matière terreuse dans les vaisseaux sanguins, plutôt que le résultat d'une altération de mauvaise nature de la glande.

Aussi n'exigent-elles point par elles-mêmes l'opération, et ne la demandent-elles que quand elles sont réunies à d'autres affections qui ont une tendance beaucoup plus grave, ou quand l'accroissement de volume entraîne des inconvénients qui portent le malade à la solliciter (1).

Quelques années plus tard, en 1828, M. le professeur Cruveilhier publia sous le titre (2) : Cancer alvéolaire du

1. Œuvres chirurgicales d'Astley Cooper, traduites par MM. Chassaignac et Richelot, page 459.

2. Cruveilhier: Atlas d'anatomie pathologique, Ve livraison, planche I.

testicule avec matière perlée, une observation que M. le professeur Gosselin a signalée comme un type d'affection kystique maligne du testicule avec enchondrome.

M. le professeur Cruveilhier fait suivre son observation des réflexions suivantes, qui nous ont paru intéressantes à reproduire à cause du contraste qu'elles offrent avec les idées d'A. Cooper.

« Plus nous avancerons dans l'étude des altérations morbides, plus nous serons convaincus de cette vérité, que je crois avoir le premier proclamée, que nos tissus sont inaltérables, que ce que nous appelons lésions morbides sont des produits nouveaux, vivant d'une vie propre, indépendante, que nos tissus ne sont susceptibles que d'hypertrophie et d'atrophie. »

Et comme son malade, six mois après sa guérison, mourut d'accidents produits par une tumeur encéphaloïde développée aux dépens de la septième vertèbre cervicale complètement détruite, de la partie inférieure de la sixième (la substance intervertébrale avait résisté) et des extrémités postérieures des deux premières côtes, il ajoute en substance :

La même cause, qui a produit le cancer alvéolaire du testicule s'est donc portée sur la colonne vertébrale, ou plutôt sur le système capillaire veineux si abondant des vertèbres : le tissu propre des vertèbres a été atrophié comme le tissu propre du testicule ; la moelle a été comprimée, d'où la paralysie et la mort. Le vice cancéreux, quel qu'il soit, infecte en général toute l'économie. S'il semble partir d'un point comme d'un centre ou d'un foyer, dans combien de cas l'altération locale ne semble-t-elle pas un des effets d'une cause générale préexistante qui se manifeste, soit suc-

cessivement, soit à la fois sur un grand nombre d'organes. Arrêtons-nous à cette idée qu'il n'y a pas de dégénération d'organes, mais que des matières particulières sont déposées au sein de ces organes et qu'il faut trouver dans la thérapeutique des moyens spéciaux pour les atteindre, ou plutôt pour modifier le travail morbide qui les produit.

Jusqu'à cette époque on portait le diagnostic anatomique de ces tumeurs en se basant tout simplement, comme nous l'avons dit, sur leur consistance et leur aspect général cartilaginiforme.

J. Muller en 1836 fut le premier à ériger le point de vue histologique comme celui qui permettait de juger en pareille matière et les appela enchondromes.

Plus tard en 1850, dans l'article testicule (*Cyclopædia of anatomy*), Curling raconte que dans quelques cas d'affection kystique, il a remarqué de petites masses d'enchondromes semées dans les kystes, et il donne le spécimen d'une portion de testicule déposée au musée du Collège des chirurgiens. Dans la première édition de son traité des maladies du testicule, Curling n'avait point parlé de l'enchondrome : dans la deuxième édition, il y consacre trois pages dont la plus grande partie est la reproduction de l'observation de James Paget.

« Je ne connais, ajoute-t-il, aucun autre exemple de tumeur purement cartilagineuse du testicule, qui ait entraîné des dépôts secondaires de même nature. Ce fait est pour moi unique dans la science. »

Ces dernières lignes prouvent que les Allemands ne lisaient guère les Français ; et on comprend facilement qu'ils se soient attribué la découverte.

Rokitansky, dans son Anatomie pathologique, dit que l'enchondrome du testicule est rare.

M. Baring a figuré un testicule encéphaloïde sur lequel se voyait une masse cartilagineuse isolée par une capsule au sein de la tumeur.

M. John Quekett donne dans le tome I de *Histological catalogue* l'observation d'un cas d'enchondrome du testicule enlevé par M. Fergusson.

Enfin M. Paget a traité longuement dans ses *Lectures on the surgical pathology*, des enchondromes de la parotide, et a consacré quelques pages à l'enchondrome du testicule, dont il donne une observation : plus tard il en a publié une autre dans les *Médico chirurgical transactions*.

Nélaton, dans sa *Pathologie chirurgicale* indique simplement que cette affection n'est pas très rare ; on trouve cependant dans la *Gazette des Hôpitaux*, 1855, une excellente note de ce grand chirurgien sur l'évolution des tumeurs cartilagineuses.

M. le professeur Broca, dans son *Traité des tumeurs*, livre I, et dans un discours qu'il prononça à la Société de chirurgie, en 1855, a puissamment contribué à avancer l'état de la science au point de vue de la marche et du pronostic de ces tumeurs.

En 1856, MM. Robin et Ordonez décrivaient, dans les *Archives générales de médecine*, le siège et la structure des tumeurs mixtes fibro-plastiques et cartilagineuses de l'épididyme.

Virchow, en 1857, dans son *Traité de la pathologie des tumeurs*, examinant avec attention la genèse des tumeurs cartilagineuses, y reconnaît une différence profonde. Aussi

distingue-t-il dans les chondromes, la petite subdivision des ecchondroses, et la grande des enchondromes. Enchondrome exprime chaque fois dans ce sens une tumeur hétérologue (hétéroplasique) qui ne se développe pas d'un cartilage préexistant et permanent, mais est produite par un changement dans le type de formation en procédant d'une matrice non cartilagineuse, ou cartilagineuse transitoirement; tandis que l'ecchondrose implique la production homologue (hyperplasique) de masses cartilagineuses provenant d'un cartilage permanent.

Virchow, dans des pages si remarquables et qui sont encore demeurées aujourd'hui, en général du moins, l'expression la plus scientifique de la pathologie de ces tumeurs, a jeté un coup d'œil d'ensemble sur les enchondromes des parties molles, et du testicule en particulier.

Au point de vue étiologique, il pense qu'ils doivent très souvent leur origine à une cause irritative ou même inflammatoire « ce qui permet, ajoute-t-il, de ne leur accorder qu'une influence purement locale. »

Mais ayant observé que l'enchondrome est ordinairement mêlé à plusieurs autres genres de tumeurs particulièrement avec des formes cystiques avec le sarcome, le cancroïde et le cancer; que ces tumeurs sont en tous cas très fréquentes, et que pour ce qui est des formes cystiques, il est vraisemblable qu'une partie au moins d'entr'elles est de nature seulement consécutive et que, par suite, l'enchondrome doit être considéré comme la tumeur essentielle, il conclut que « l'enchondrome du testicule est une tumeur hétéroplasique et déjà suspecte par cela même, et quand même elle serait purement locale à son début, son accroissement par

la production de nodules accessoires prouve cependant déjà sa faculté d'infecter.

Mais d'après lui, ces tumeurs mixtes ou composées ne sont pas les seules infectieuses. Les formes les plus pures donnent aussi lieu à des métastases : à l'appui il cite le cas qu'il a observé sur une chienne, et le cas observé par Paget :

D'après ces observations, il n'est plus douteux que le beau rêve de la bénignité absolue de l'enchondrome soit évanoui. Les enchondromes, tant des os que des parties molles, possèdent des propriétés infectieuses et on fera bien par suite, dans la règle, d'extirper ces tumeurs, quand elles seront tangibles aussitôt et aussi complètement que possible.

On ne peut jusqu'à présent fixer de limite entre les enchondromes qui sont ou non infectieux, de bonne ou de mauvaise nature. Les formes molles sont en tout cas plus dangereuses que les dures ; mais la différence n'est pas tout-à-fait tranchée. La nature de l'organe affecté semble avoir une grande importance dans la question, notamment par sa richesse en vaisseaux sanguins et lymphatiques, circonstance qui ressort avec évidence précisément dans les testicules.

M. Conches a fait une thèse sur les maladies du testicule, dans laquelle se trouvent des faits très intéressants, et surtout une étude de la maladie kystique du testicule que M. Conches range, avec preuves à l'appui, dans les cancers ; de plus, il a démontré que la marche dépend de l'organisation de la tumeur, et qu'il existe des chondromes récidivant vite et d'autres très lentement.

M. Gyoux, en 1861, a publié une thèse sur l'enchondrome du testicule. Il ne donne aucune observation originale, mais il a recueilli toutes celles qui, ayant été publiées, se trouvent dans les ouvrages de la bibliothèque de la Faculté. Les onze observations sur lesquelles ce travail s'appuie sont malheureusement pour la plupart incomplètes et le plus grand nombre se rattache plutôt au cancer et à la maladie kystique qu'à l'enchondrome pur.

Quelques mois plus tard, M. Paul Dauvé, aujourd'hui médecin principal de l'armée, présenta à la Société de chirurgie, un mémoire intitulé *De l'enchondrome du testicule*. Ce mémoire, très complet, fut très favorablement accueilli par la savante société, qui en vota l'impression, et décerna des éloges à son auteur sur le rapport de M. Béraud.

En raison de la valeur scientifique de ce travail, nous avons cru utile d'en présenter une analyse assez longue.

Aux onze observations, publiées dans la thèse de M. Gyoux, M. Dauvé y ajoute la sienne propre, une de M. Verneuil encore inédite et une de M. Lhonneur, son collègue militaire.

Il apprécie tous ces documents, juge de leurs différences et de leurs analogies et de cet examen il conclut que l'on pourrait grouper les faits connus en plusieurs catégories, à savoir :

1° *Enchondrome associé avec la maladie kystique.*

Quoique cette association soit généralement admise par les auteurs et surtout par Curling, M. Dauvé cependant n'a

pu trouver qu'un cas où cette association lui fût bien démontrée. Considérant que le caractère de l'enchondrome est de présenter dans son évolution des kystes plus ou moins grands, et que M. Curling ne connaissait pas encore bien l'histoire de l'enchondrome quand il a décrit sa maladie kystique, il nous est permis de nous demander si aujourd'hui Curling considérerait encore ce fait comme se rattachant à la maladie kystique plutôt qu'à l'enchondrome ; nous sommes d'autant plus disposé à admettre la dernière supposition, que nous avons trouvé la relation d'une observation analogue dans la thèse de Talavera (1).

2° *Enchondrome combiné avec l'encéphaloïde.*

Il a été d'abord constaté par Muller, ensuite par Virchow, Baring (du Hanovre), par Paget, et enfin par Demarquay. Il existe neuf cas qui ont fourni à M. Dauvé, les déductions suivantes : les rapports réciproques des tissus ont été variables. Le plus souvent les deux produits morbides sont contenus dans des capsules fibreuses distinctes. Les faits démontrent que chaque produit marche avec son caractère propre, sans qu'il ait sur son voisin une influence bien marquée. Dans un cas de Paget, il y avait ceci de curieux, c'est que les tumeurs lombaires renfermaient les cellules de l'encéphaloïde et ne contenaient aucune trace de cartilage. Ce fait, à lui seul, démontre bien la gravité relative de ces deux affections.

1. Talavera. Thèse de 1879. Sur quelques tumeurs du testicule.

3° *Enchondrome associé à la fois à la maladie kystique et à l'encéphaloïde.*

M. Dauvé rapporte trois cas, qui sont ceux de Cruveilhier, Thompson et César Hawkoni. Nous faisons encore ici les mêmes réserves que dans le premier chapitre à l'égard de la maladie kystique, et nous croyons que M. Dauvé aurait pu considérer ces kystes comme propres à l'enchondrome, de sorte que ces trois faits rentreraient naturellement dans la classe qui précède.

4° *Enchondrome associé avec le tubercule.*

M. Dauvé rapporte seulement deux observations : l'une est à M. Letenneur, l'autre à M. Lebert. Cette dernière est parfaitement démonstrative.

5° *Enchondrome associé avec le tissu fibreux et autres tissus.*

L'enchondrome du testicule a été vu associé au tissu fibreux, à une masse phymatoïde, à des matières grasses amorphes et à du tissu fibro-plastique. Les faits qui démontrent cette association sont dus à MM. Robin et Ordônez. Du reste, dans ces deux cas, le cartilage était rare et avait pour siège l'épididyme.

6° *Enchondrome pur.*

L'enchondrome pur ou type du testicule est démontré

par huit observations, qui sont dues par rang de date à Ast. Cooper, à MM. Zambaco, Paget, Jouon, Richet, Dauvé, Lhonneur et Verneuil. M. Dauvé a rapporté textuellement chacune de ces observations.

M. Dauvé rapporte donc tous les cas connus, qui sont au nombre de vingt-cinq. De ces vingt-cinq observations, l'auteur en tire les conclusions suivantes :

Dans l'anatomie pathologique, ce chirurgien commence par donner l'état des parties ambiantes, de la tunique vaginale, du cordon, des tuniques fibreuses et du dartos. Puis il décrit les lésions du parenchyme testiculaire et de l'épididyme.

Relativement à ce dernier point, il montre que l'enchondrome du testicule a été vu dans ses diverses phases de crudité, de ramollissement. Il insiste principalement sur le siège primitif de l'altération, qui est plus souvent dans le testicule que dans l'épididyme. Les observations lui montrent que le tissu cartilagineux peut se développer dans toutes les parties constituantes de l'organe et dans toutes ses régions. Ainsi l'affection a débuté dans les canaux du corps d'Higmore, d'après Curling, dans les lymphatiques du rete testis et du cordon, d'après Paget, dans le cordon épididymaire et dans les lymphatiques du corps d'Higmore, d'après ses propres recherches, dans le tissu cellulaire interlobulaire, d'après M. Verneuil, dans tous les tissus, d'après M. Lhonneur, et enfin dans la tunique albuginée, d'après M. Jouon.

Ainsi l'on voit que tous les tissus du parenchyme testiculaire peuvent être le siège primitif de la lésion, et dès lors nous sommes obligé de reconnaître que Curling était

trop exclusif en professant que le cartilage débutait toujours par le corps d'Higmore.

Relativement à l'étiologie, M. Dauvé rejette l'influence des diathèses scrofuleuse et syphilitique ; mais il admet volontiers (et les faits le démontrent suffisamment) une diathèse propre, ou, si l'on veut nous permettre cette expression, une diathèse cartilagineuse. Il montre ensuite que l'hérédité n'est pas prouvée et que c'est vers l'âge de 25 à 35 ans que la lésion est la plus fréquente.

Quant aux causes physiques, il ne voudrait pas admettre l'opinion de Muller, leur faisant jouer un grand rôle. Pour nous, nous sommes de l'avis contraire.

Cependant d'après l'analyse de quinze observations où l'étiologie est notée, six fois les malades ont accusé une contusion du testicule, deux fois un violent effort, une fois une orchite blennorrhagique. Dans le cas de Paget, la contusion a manifestement hâté le ramollissement. Enfin dans cinq autres cas la cause reste ignorée.

Dans la description des symptômes, M. Dauvé donne un aperçu rapide, qui n'ajoute rien aux connaissances acquises, des symptômes locaux, des symptômes généraux, de la marche et de la durée de la maladie, qui lui paraît être en moyenne de vingt et un mois. Pour nous l'histoire générale de l'enchondrome nous ferait croire que la durée de son développement est plus considérable.

Quant au diagnostic, il a fourni à M. Dauvé un chapitre des plus intéressants.

Longue durée de la maladie, lenteur dans l'évolution, indolence à la pression, état sain du cordon et des enveloppes, dureté spéciale, élasticité, volume et poids consi-

dérables, forme ovoïde et surface irrégulière et légèrement mamelonnée, siège constant dans un seul organe, telle est la physionomie sous laquelle M. Dauvé présente l'enchondrome testiculaire, tels sont les signes qui permettront d'arriver à son diagnostic. Ce chirurgien pense que la sensation de points durs et élastiques peut à elle seule servir de base au diagnostic; mais cette sensation tant désirable manque souvent, soit à cause de l'épaississement de la tunique vaginale, soit à cause d'un petit épanchement dans cette tunique: de sorte qu'il faut interroger le plus souvent tous les signes que nous venons d'énumérer.

M. Dauvé a accordé une grande valeur à un signe donné par M. Gosselin pour déterminer la nature des tumeurs du testicule. Dans les tumeurs solides, en effet, la dureté est surtout apparente et superficielle en arrière. De ce fait général, applicable à beaucoup de circonstances, on peut arriver, par exemple, à distinguer l'enchondrome de l'hydrocèle avec épaississement des parois de la tunique vaginale. Ainsi, dans ce dernier cas, la tumeur aura une dureté égale dans toute sa circonférence, tandis que dans l'enchondrome la dureté sera plus manifeste, plus accessible en arrière.

L'application du microscope aux sciences médicales a permis d'assigner à l'enchondrome du testicule un rang bien marqué dans le cadre nosologique des tumeurs; mais l'étude clinique est loin d'avoir révélé toutes les particularités de sa marche et de son pronostic, comme le disait M. Verneuil : « Si l'usage de plus en plus répandu du microscope a permis d'établir sur des bases de plus en plus certaines la classification des tumeurs, si cet instru-

ment précieux a servi à établir des variétés nouvelles ou inconnues, il reste encore en bien des points d'importantes lacunes à combler, et je mets au premier rang l'histoire clinique des productions morbides, confondues autrefois sous le nom générique de cancers. Tout le monde sait aujourd'hui que c'est un instrument d'exploration qui ne tranche nullement les questions d'étiologie, de marche et de traitement : c'est donc aux cliniciens à remplir ce vide, et à observer, une structure étant constatée, ce que deviendront la maladie et le malade, quel moyen conviendra pour amener la guérison, et enfin si celle-ci est possible, probable ou inespérée. »

Cette remarque de M. le professeur Verneuil est d'une incontestable vérité : car les cas ne manquent pas aujourd'hui où le microscope ayant annoncé : dans les uns, un pronostic bénin ; dans les autres, un pronostic grave, s'est trouvé en échec par un résultat absolument contraire.

En 1874, M. Jules Adam, médecin stagiaire au Val-de-Grâce, ayant eu l'occasion d'observer à la clinique chirurgicale de l'École, un cas de tumeur du testicule (nous publions plus loin cette observation très complète et très intéressante) dont l'examen microscopique a confirmé la nature cartilagineuse, prit pour sujet de thèse : *Essai sur l'Enchondrome du testicule.*

Dans son travail, M. Adam n'insiste guère que sur le traitement de l'enchondrome du testicule.

Contrairement à la manière de faire de certains chirurgiens, il ne peut admettre qu'on s'arrête un instant aux résolutifs et aux fondants, et nous sommes absolument de

son avis, à une condition, c'est que le diagnostic soit absolument indiscutable.

M. le professeur Panas en effet, un jour qu'on discutait cette question à la Société de Chirurgie, a cité des cas où des tumeurs du testicule soi-disant de mauvaise nature avaient rétrocédé et même disparu devant un traitement mixte au mercure et à l'iodure de potassium.

Mais une fois le diagnostic d'enchondrome posé avec certitude, à quelle époque convient-il de pratiquer l'opération ?

Nous croyons qu'il importe de ne pas la différer, quand le testicule affecté de la dégénérescence devient gênant par son poids et son volume et que le malade demande lui-même à en être débarrassé, tout retard devenant funeste. Néanmoins il est des circonstances qui doivent empêcher qu'on ne tente l'opération. Ainsi l'envahissement du cordon jusque dans l'anneau inguinal est une contre-indication. Il en serait de même si l'on constatait au palper de l'abdomen quelque tumeur du côté des ganglions lombaires. Il est évident que si l'infection était bien démontrée chez le malade bien que le cordon et les ganglions lombaires fussent sains, on ne devrait pas pratiquer l'opération. »

M. Adam passant rapidement en revue les procédés auxquels les divers chirurgiens ont recours pour l'ablation du testicule décrit longuement le procédé ordinaire de la castration avec ses trois temps : incision de la peau, dissection de la tumeur et section du cordon ; il discute savamment les modifications apportées par les chirurgiens à chacun de ces temps.

Le procédé qu'il croit devoir conseiller est l'écrasement linéaire :

On commence par diviser la peau dans une petite étendue pour arriver jusqu'au cordon que l'on soulève sur une sonde cannelée. Un stylet est placé dans la sonde, entraînant un fil qui sert à passer la chaîne de l'écraseur au-dessous du cordon. On procède alors à la section avec une grande lenteur, en employant au moins un quart d'heure ; un bruit caractéristique avertit de la section du canal déférent.

La chaîne parvenue au bout de sa course, l'instrument est retiré et il peut se faire qu'il ne s'écoule pas une goutte de sang du fond de la plaie, ainsi qu'a pu le constater M. le professeur Verneuil dans un cas d'enchondrome du testicule. On achève alors l'incision cutanée pour isoler la tumeur des téguments. En disséquant la portion interne de la tumeur, on a bien soin de s'éloigner le plus possible de la cloison du dartos, qui, comme l'a dit Chassaignac, renferme des artérioles assez volumineuses et susceptibles de donner lieu à des hémorrhagies abondantes.

Grâce à cette précaution, on n'ouvre généralement aucun vaisseau notable, et on n'a point de ligature à faire. Ce procédé a été employé avec le plus grand succès par M. Verneuil, qui n'évalue pas même à deux cuillerées la quantité totale de sang qu'il perdit dans une opération de ce genre.

L'opération terminée on affronte les bords de la plaie ; on place une mèche de charpie au centre, et les lèvres de la plaie sont réunies au moyen de serres-fines. Des compresses imbibées d'eau fraîche complètent le pansement,

qui doit être humecté de temps en temps. On conseille le repos dans la position horizontale, les cuisses rapprochées.

En cas d'hémorrhagie, on devra essayer la compression sur le canal inguinal, l'application d'un bandage herniaire. Si malgré ces précautions, le sang continuait à couler, il faudrait sans hésiter défaire le pansement, enlever les caillots et lier l'artère non fermée.

Ce procédé, à moins de complications, guérit généralement le malade dans l'espace de trois semaines ou un mois, quelquefois de quinze jours. La castration au point de vue de la mortalité, n'est pas une opération aussi grave qu'on le croyait autrefois : elle n'occasionne la mort que dans des cas extrêmement rares.

Enfin nous devons mentionner :

Les leçons cliniques de M. le professeur Trélat, à l'hôpital de la Charité, publiées dans le *Progrés médical* (année 1877), et dans lesquelles est discuté d'une façon si magistrale le diagnostic différentiel des tumeurs du testicule.

Une étude de M. Poinsot intitulée : Contribution à l'étude des tumeurs du testicule (*Progrès médical*, 13 juillet 1878).

Une thèse de M. Walsdorff, année 1878, intitulée : Du chondrome malin, thèse qui touche à notre sujet par un grand nombre de points.

Voici en effet la définition qu'il en donne et qui conviendrait certainement à un certain nombre des tumeurs qui nous occupent :

« Sous le nom de chondrome malin, on désigne une tumeur jouissant de la plupart des propriétés des tumeurs

dites cancéreuses, composées quelquefois uniquement de tissu cartilagineux se rapprochant de l'état fœtal (Ranvier) ; mais se combinant le plus souvent soit avec du myxome, soit avec du sarcome. Aussi certains auteurs n'ont-ils pas craint en forçant peut-être trop les analogies cliniques d'appeler cette espèce de tumeurs du nom de cancer cartilagineux.

CHAPITRE II

GÉNÉRALISATION DE L'ENCHONDROME DU TESTICULE

Entre tous les organes glandulaires le testicule est celui qui, comparativement à son volume, émet le plus grand nombre de vaisseaux lymphatiques ; entre tous il est aussi celui où l'absorption se manifeste avec le plus d'activité et de la manière la plus éclatante par les modifications qu'elle imprime au jeu des principaux appareils. Ces vaisseaux naissent du corps du testicule, de l'épididyme et du canal déférent.

Les absorbants du testicule émanent tous des conduits séminifères : néanmoins on a l'habitude de les distinguer en superficiels et en profonds. Les premiers, aperçus d'abord par A. Nuck, décrits par Cruikshanks, et admirablement représentés par Pannizza, convergent vers la partie moyenne du bord supérieur de la glande, où ils se réunissent aux seconds, qui ont leurs origines dans les cloisons qui séparent les divers lobules.

Les absorbants de l'épididyme, très nombreux aussi, mais d'un petit volume, se joignent à ceux du testicule. Les lymphatiques du canal déférent naissent de toute sa longueur.

De la réunion de tous les vaisseaux lymphatiques du testicule et de l'épididyme résultent huit ou dix gros troncs

volumineux, qui se portent vers l'anneau inguinal *sans s'anastomoser*. Après avoir pénétré dans cet anneau, ils parcourent le canal inguinal, entrent dans l'abdomen, montent jusqu'au voisinage des vaisseaux du rein, puis se terminent dans les ganglions lombaires. Dans ce long trajet ils suivent l'artère et les veines testiculaires en leur formant une sorte de gaîne.

Les ganglions lombaires, qui, comme nous venons de le dire, reçoivent les vaisseaux lymphatiques du testicule, sont situés au-devant de l'insertion des muscles psoas, en dehors de l'aorte et de la veine cave ascendante, forment de chaque côté un groupe fort important qui s'étend de la partie moyenne des vaisseaux iliaques primitifs à la première vertèbre des lombes. Ces glandes diffèrent par leur diamètre ; quelques-unes sont volumineuses ; celles qui se rapprochent le plus du plan médian sont en général peu considérables. Leur nombre est indéterminé : il varie de vingt à trente pour chaque côté.

Un mot seulement des ganglions mésentériques : Depuis la partie inférieure du rectum jusqu'au duodénum on suit une série de ganglions plus ou moins espacés les uns des autres le long du bord adhérent ou postérieur de l'intestin. Ils vont en augmentant de nombre et de volume de bas en haut. Ces ganglions sont reliés entre eux par des vaisseaux lymphatiques, et avec les ganglions lombaires par le réservoir de Pecquet.

Or, ce qu'il y a de plus remarquable dans le mode de développement du cancer ganglionnaire, c'est sa propagation par la voie des lymphatiques. C'est en effet par l'intermédiaire de ces vaisseaux que les glandes reçoivent

habituellement le germe de la maladie dont elles deviennent le siége. On le savait dès longtemps pour l'encéphaloïde et plus d'un anatomo-pathologiste en examinant les lymphatiques au voisinage des tumeurs y avait rencontré des cellules semblables aux éléments de la production morbide principale. Si ce mode de propagation n'était pas prouvé pour l'enchondrome du testicule, les observations que nous citons le démontreraient d'une façon indiscutable.

Nous ferons ici une remarque très importante au point de vue clinique des tumeurs ganglionnaires, et surtout des tumeurs ganglionnaires abdominales :

Si l'on songe en effet à l'importance des fonctions dont les glandes lymphatiques sont chargées, tant vis-à-vis de l'organisme entier que vis-à-vis des organes qu'elles accompagnent ; si l'on se représente et leur multiplicité et l'intimité dans laquelle elles vivent avec eux, on prévoit, qu'associées sans cesse à leurs maladies elles devront devenir souvent le siège de lésions variées, et que ces lésions pourront réagir à leur tour sur la vie des organes en particulier et sur le fonctionnement de toute l'économie.

Mais profondément cachées au centre des cavités splanchniques, accomplissant silencieusement leurs fonctions, ces glandes ne manifestent jamais hautement leurs souffrances. J'en trouve un exemple frappant dans mon observation I. Cocural en effet ne s'aperçoit de la présence de sa tumeur abdominale que lorsqu'elle remplit déjà presque tout le ventre.

Les vaisseaux lymphatiques représentent surtout les

voies de généralisation des tumeurs, mais celle-ci se fait aussi par les vaisseaux sanguins.

Nous ne dirons rien des vaisseaux du testicule au point de vue anatomique. Mais nous devons faire la remarque suivante qui est importante.

D'après Weber, qui a réussi à injecter les vaisseaux d'un chondrome, ces organes se distribuent plus à l'entour des masses cartilagineuses ou dans les cloisons qui peuvent exister entre elles que dans le tissu cartilagineux lui-même, qui est souvent exsangue comme le tissu cartilagineux normal. C'est surtout dans les formes muqueuses du chondrome, combiné ou non avec le myxome et le sarcome qu'on peut rencontrer un vrai développement télangiectasique des vaisseaux. Cette richesse vasculaire du chondrome nous explique et la rapidité de la généralisation, au moins en partie, et le sang que l'on trouve assez souvent dans les kystes, et les épanchements quelquefois énormes, qui se font dans les parties molles circonvoisines comme Fayau en rapporte un remarquable exemple.

Les chondromes se comportent d'une façon différente vis-à vis des vaisseaux sanguins. Tantôt le tissu morbide forme simplement des prolongements plus ou moins adhérents autour des vaisseaux sans altérations appréciables des tuniques vasculaires. Dans d'autres cas au contraire, on observe des désordres qui ne sont comparables qu'avec ceux que produit le cancer.

Comme le cancer, en effet, le chrondrome peut désorganiser les parois vasculaires et y envoyer des prolongements rameux, qui viennent flotter dans le calibre des vaisseaux. Paget et Virchow ont les premiers insisté sur cette

particularité. Dans le cas de Paget, il s'agit d'un homme de trente-deux ans que Skey avait castré pour un chondrome du testicule, et qui vint mourir quelques mois après à l'hôpital d'un chondrome généralisé. A l'autopsie on constata à côté de la veine spermatique, la présence de deux vaisseaux lymphatiques dilatés, contournés et remplis de bouchons cartilagineux, jusque près de la veine rénale, où ils pénétraient dans un ganglion qui avait la grosseur d'un œuf de poule. Au-dessus de ce point l'appareil lymphatique était sain.

Seulement la glande en question, et l'extrémité des vaisseaux lymphatiques adhéraient intimement à la paroi de la veine cave, dans la lumière de laquelle pénétrait à ce niveau une excroissance cartilagineuse, ramifiée qui remontait à trois centimètres plus haut. Quelques petites masses cartilagineuses adhéraient à la paroi interne de la veine. Il existait dans l'artère pulmonaire, fait important à noter, des végétations branchues et arborescentes analogues à celles qui se trouvaient dans la veine cave inférieure. Paget crut que ces végétations rameuses étaient dues au bourgeonnement de la paroi interne de l'artère pulmonaire. M. le professeur Broca, au contraire, en rapportant l'avis de Paget, incline vers la pensée que cette production insolite est due à une embolie partie précisément des rameaux qui pénétraient dans la veine cave inférieure. Nous croyons d'autant plus à l'explication de Broca qu'il est dit dans l'observation de Paget : « Le malade mourut subitement après que la respiration fut devenue de plus en plus pénible. »

FRÉQUENCE ET SIÈGE D'ÉLECTION DES TUMEURS DE GÉNÉRALISATION DANS L'ENCHONDROME DU TESTICULE.

Si nous nous reportons à notre tableau, nous voyons qu'il y a eu, sur 23 cas d'enchondrome du testicule, 7 cas de généralisation, terminés par la mort; et en y ajoutant le cas de M. le professeur Richet, qui, comme nous l'avons dit, a présenté les plus grandes probabilités d'infection, nous arrivons à un total de 8 sur 23.

Ces huit cas peuvent se subdiviser de la façon suivante :

1° Généralisation aux ganglions abdominaux

Quatre cas : ceux de MM. James Paget, Dauvé, Poinsot et Marion.

1° Cas de James Paget : les ganglions abdominaux étaient cancéreux, mais ne renfermaient pas trace de cartilage. La mort était survenue quinze jours après la castration.

2° Nous citons ici la seconde partie de l'observation de M. Dauvé, qui, au point de vue qui nous occupe en ce moment, présente le plus haut intérêt, comme son titre même suffit à l'indiquer.

3° et 4° Quant aux cas de MM. Poinsot et Marion, ils font l'objet des observations I et II.

Enchondrome du testicule. — Tumeur fongueuse du cordon. — Tumeur secondaire dans les ganglions lombaires avec perforation du duodénum

(*Observation de M. Paul Dauvé*)

Jusqu'au jour de l'opération, le malade n'avait jamais éprouvé qu'une légère sensation de tiraillement dans la région lombaire, sensation causée

par le poids du testicule. La palpation de l'abdomen n'avait dévoilé aucun empâtement, aucune tumeur. Par le toucher anal j'avais constaté l'intégrité de la prostate. L'état général était aussi satisfaisant que possible.

L'absence de tout élément cancéreux dans la tumeur, la section du cordon dans un point où il semblait sain pouvaient écarter toute crainte de récidive.

Du 5 au 12 mars l'état général reste satisfaisant; la malade a bon appétit. La plaie est rose, et la suppuration de bonne nature. A partir du 12 l'appétit diminue sensiblement. L'extrémité du cordon se couvre d'une matière pultacée grisâtre, et à l'endroit de la section nous apercevons une petite tumeur fongueuse, qui, chaque jour, prend un accroissement rapide. L'idée vint que cette dernière partie des éléments du cordon avait conservé quelque portion du tissu morbide primitif, et on se préparait à la réséquer quand, le 21 mars, survint une douleur aiguë dans le trajet du canal inguinal. Le ventre est légèrement ballonné. On applique dix sangsues, la douleur diminue; l'appétit a disparu. Il y a de la fièvre et de l'embarras gastrique. Jusqu'à ce jour le malade n'avait accusé aucune douleur dans le ventre ni dans la région des reins. Le souvenir du cas de Paget, les doutes sur la nature de la maladie et sur la partie affectée, soit les tubes dilatés du rete testis (Curling), soit les vaisseaux lymphatiques (Paget) nous portent à examiner l'abdomen avec soin. On sent de l'empâtement, un peu à gauche et au-dessus de l'ombilic.

Le membre inférieur gauche est œdématié et comme paralysé. Il y a là une tumeur profonde et douloureuse au toucher.

La constipation dure depuis deux jours. On applique des sangsues sur la région douloureuse; on fait des frictions mercurielles belladonées.

Le 28. — Nausées et vomissements. La constipation persiste, les signes d'étranglement disparaissent avec l'huile de croton.

Le 1er *avril.* — La douleur a disparu dans l'aine droite, la tumeur à gauche persiste, mais sans trop de douleur, il y a des alternatives de constipation et de diarrhée. L'huile de croton est administrée tous les deux jours en lavement.

Pendant tout le mois d'avril, les douleurs lombaires et abdominales sont continues, l'appétit est presque nul, les digestions sont troublées; l'état général s'altère visiblement; le malade maigrit, son teint prend la couleur jaunâtre particulière aux sujets atteints de cancer.

Le fongus, développé à l'extrémité du cordon, est saignant et grisâtre; il laisse écouler une matière sanieuse, sanguinolente et d'une odeur insupportable. Il survient des eschares au sacrum.

Mêmes symptômes en mai.

Pendant les premiers jours de juin, les accidents s'aggravent; il y a nausées et vomissements continuels; la maigreur est extrême, la suppuration très-abondante et fétide; enfin la mort survient le 18 juin à neuf heures du matin.

Autopsie. — L'autopsie est faite vingt-quatre heures après la mort. Le cadavre est dans un état de décomposition telle que l'inhumation est commandée pour midi; aussi avons-nous à peine le temps de constater les principales lésions et d'enlever les tumeurs pour en faire l'examen microscopique.

Nous disséquons avec soin le canal inguinal droit. Il s'écoule plusieurs gouttes de pus. L'ouverture de la cavité abdominale ne dévoile aucune trace de péritonite; nous disséquons aussi loin que possible les éléments du cordon, et réséquons la veine et l'artère spermatique dans le point où l'une se jette dans la veine cave, et l'autre dans l'aorte, nous arrachons le canal déférent jusqu'à la prostate.

Les ganglions lymphatiques placés sur le trajet des vaisseaux sont grisâtres, plusieurs sont purulents. Après avoir enlevé presque complètement la masse intestinale, nous arrivons sur une tumeur énorme et fluctuante située en avant de la colonne vertébrale.

En recherchant le rein gauche, nous ouvrons un foyer considérable rempli de pus. Cet abcès est situé à la partie interne et postérieure du rein en avant du psoas. Les parois de l'abcès sont noircis. Le pus est bien lié et presque sans odeur.

La fin de la deuxième et de la troisième portion du duodénum adhèrent intimement à une tumeur de la grosseur du poing, située sur la colonne vertébrale. Cette tumeur aplatie a 10 centimètres de hauteur

sur 9 de largeur. Elle s'étend plus à gauche qu'à droite, et forme à gauche une des parois de l'abcès décrit plus haut. Elle est située entre l'aorte et la veine cave en arrière, et la deuxième courbure et la troisième portion du duodénum en avant. Elle s'ouvre dans le duodénum à la partie postérieure par une ouverture circulaire de 5 centimètres de diamètre. A 2 millimètres de cette perforation et à droite, on voit l'orifice des canaux biliaires qui sont remplis de pus. Le pancréas est sain. La tumeur est formée d'une bouillie grisâtre assez dense ; elle laisse écouler une sanie purulente assez abondante.

Examen histologique. — Sous le champ du microscope nous avons remarqué des globules de pus altérés, en grande quantité, quelques masses de cellules d'enchondrome parfaitement reconnaissables, et enfin des noyaux brillants assez volumineux, que nous avons reconnus pour être des noyaux d'enchondrome privés de leur enveloppe celluleuse par le ramollissement, l'altération granulo-graisseuse ou la décomposition ; du reste il n'y avait ni cellules cancéreuses, ni rien qui y ressemblât.

A coup sûr cette tumeur s'était développée dans les ganglions lombaires et presque au niveau du réservoir de Pecquet. Il n'y avait aucune altération soit des vaisseaux situés en arrière, soit de la colonne vertébrale. Tous les ganglions étaient ou hypertrophiés ou purulents.

Le fongus du cordon pèse 300 grammes. Il a plus de 8 centimètres de longueur sur 4 de largeur. Il est placé à l'orifice externe du canal inguinal droit entre la cuisse droite et le testicule gauche. Il s'est développé à l'extrémité des éléments du cordon, mais plutôt sur les vaisseaux que sur le canal déférent qui y adhère moins intimement. La tumeur se laisse déchirer facilement, quoique sa consistance soit plus grande que celle de la tumeur abdominale.

A l'examen microscopique, on y trouve les mêmes éléments que dans la première, avec cette différence que les amas d'enchondrome sont plus fréquents et plus considérables. Les noyaux ramollis dont nous avons parlé plus haut sont encore plus abondants ; mais nous ne trouvons pas davantage de cellules cancéreuses. On voit aussi des débris de vaisseaux dont plusieurs très petits ont une forme spiroïde,

ou en vrille fort remarquable. Le tissu fibreux y est abondant et les globules altérés de pus et de sang se rencontrent surtout à la périphérie.

Le canal déférent dans toute sa longueur a échappé à la maladie. Il en est de même de la prostate. La particularité la plus remarquable est la transformation fibreuse de l'artère et de la veine spermatique. Ces deux vaisseaux sont énormes, pleins, blanchâtres à la section, et ressemblent à deux cordons fibreux. Les vaisseaux lymphatiques qu'ils accompagnent sont volumineux et présentent des renflements ganglionnaires ramollis. La maladie s'est donc dans ce cas communiquée par les vaisseaux depuis le testicule jusqu'aux ganglions lombaires. Tous les autres organes ou viscères étaient sains. Faudrait-il expliquer l'intégrité des poumons par l'oblitération des vaisseaux spermatiques?

II° *Généralisation dans les poumons.*

Trois cas :

1° *Cas de M. Paget.* — Dans cette observation célèbre nous voyons que le malade avait quitté l'hôpital après la guérison de sa plaie ; mais que deux mois après, il était retombé dans un état de grand affaiblissement, d'amaigrissement et de dyspnée. Il mourut assez subitement après que la respiration était devenue toujours de plus en plus pénible.

L'autopsie démontra que les deux poumons étaient remplis de nombreux tubercules cartilagineux mesurant d'une ligne à un pouce et demi de diamètre ; ils pesaient ensemble onze livres et demie. Nous avons vu plus haut la grande corrélation qui existait entre cette tumeur de généralisation et la tumeur testiculaire.

2° *Cas de M. le professeur Verneuil.* — Le malade

s'amaigrit progressivement, présenta une toux sèche, haletante ; et il arriva lentement à l'asphyxie. Malheureusement l'autopsie ne put être faite.

3° *Cas de M. le professeur Richet.* — Le malade, à sa sortie de l'hôpital, présentait de la difficulté de la respiration, de l'essoufflement pendant la marche, une teinte terreuse : « symptômes, ajoute M. Richet, qui me font redouter que la maladie ne se reproduise dans les viscères. »

Je rappellerai d'un mot que les poumons sont les organes de prédilection des tumeurs de généralisation. D'habitude le volume de ces productions est en raison inverse du nombre. Le plus souvent il varie entre celui d'une grosse noix et celui d'un haricot, et la tumeur secondaire elle-même est de la même variété de chondrome que la tumeur primitive.

III. — Enfin nous avons l'observation de M. le professeur Cruveilhier, dont nous rapportons seulement la seconde partie.

Enchondrome du testicule. Tumeurs secondaires encéphaloïdes développées dans l'épaisseur du corps des vertèbres.

M. Lucas, 27 ans, bonne constitution, opéré d'un sarcocèle par M. P. Dubois il y a dix mois ; guérison rapide. Il y a quatre mois environ, le 10 décembre 1828, douleur vive dans les parois de la poitrine provoquée par un mouvement pour ramasser quelque chose par terre. Depuis cette époque difficulté plus ou moins grande à lever les bras ; on pense que c'était un rhumatisme ; il va patiner le 18 janvier, fait une chute sur l'épaule gauche, peut très bien se ren -

dre chez lui à pied et dîne d'un grand appétit. Le lendemain l'épaule gauche est douloureuse; les jours suivants la douleur s'étend à l'épaule droite, aux aisselles et aux bras; c'était de l'engourdissement plutôt que de la douleur, il y avait même de longues rémissions, il continue ses travaux de commis marchand, consulte néanmoins un médecin qui lui prescrit des bains de vapeur à la suite desquels la douleur s'empara de toute l'étendue des parois thoraciques.

Le 2 *mars dernier*. — Huit jours avant son entrée à la Maison Royale, il était encore très bien; il va se promener aux Tuileries, reste deux heures assis à la petite Provence; en rentrant il sent que les jambes lui manquent; il a beaucoup de peine à monter les escaliers, éprouve à la fois de la lassitude et de l'engourdissement dans les extrémités inférieures. Le lendemain l'engourdissement augmente; il sent le besoin d'uriner et ne peut le satisfaire qu'avec beaucoup de peine; le troisième jour la paralysie est complète dans les extrémités inférieures, et le malade ne peut plus uriner. Le quatrième jour la paralysie du mouvement et du sentiment avait envahi la totalité des parois abdominales et une partie des parois thoraciques, jusqu'aux mamelles, en sorte que le malade ne vivait que par la tête et les extrémités supérieures.

Voici quel était son état au moment de son entrée: paralysie aussi complète que possible du sentiment et du mouvement de toute la partie du corps qui est au-dessous d'une ligne qui passe par les mamelles. Le chatouillement de la plante des pieds détermine quelquefois de légères secousses dont le malade n'a pas la conscience. Il ne peut ni uriner ni aller à la selle. Du reste l'appétit est excellent, la respiration est libre, mais les fortes inspirations sont arrêtées par le sentiment d'une barre sur la poitrine. Il sue continuellement à la face; il repose très bien à l'aide d'un calmant; lorsqu'on le soulevait pour le mettre sur son séant, il éprouvait dans les premiers temps une vive douleur dans les parois du thorax, mais cette douleur ne tarda pas à disparaître.

Cet état fut le même jusqu'à la mort: des moxas appliqués sur la région dorsale ne furent pas sentis, une eschare énorme ne tarda pas à dénuder le sacrum et à s'emparer de la moitié interne des muscles

grands fessiers. Il mourut le 21 avril épuisé probablement par cette énorme perte de substance.

Autopsie. — A l'ouverture, nous avons trouvé la partie inférieure de la moelle cervicale et le commencement de la moelle dorsale comprimés par une tumeur encéphaloïde, qui s'était développée là aux dépens de la septième vertèbre cervicale complètement détruite, de la partie inférieure de la sixième (la substance intervertébrale avait résisté) et des extrémités postérieures des premiers côtés.

Cette tumeur soulevait en avant la partie inférieure des muscles longs du cou et en arrière la partie correspondante des muscles spinaux du côté gauche; une semblable tumeur commençait à se manifester au niveau et aux dépens de la cinquième vertèbre dorsale et de l'extrémité postérieure de la quatrième côte. La moelle épinière comprimée à la fois par la tumeur encéphaloïde et par la sixième vertèbre déplacée, était aplatie, mais non réduite en pulpe : nous n'avons trouvé aucune trace de congestion sanguine dans les divers points de sa longueur. Le cerveau et tous les viscères thoraciques et abdominaux étaient parfaitement sains. La cicatrice du cordon testiculaire n'a présenté rien de particulier ; les ganglions lombaires ne dépassaient pas leur volume naturel.

Inutile d'ajouter qu'on trouve aussi des produits de généralisation dans les autres viscères : dans le foie, comme nous l'avons constaté Obs. I. dans la rate, les reins etc., absolument comme dans le cas de tumeur cancéreuse.

Autrefois, on croyait devoir rapporter tous les cas de généralisation de l'enchondrome aux formes mixtes, et en particulier aux combinaisons avec l'encéphaloïde.

Cependant les formes plus pures donnent aussi lieu à des métastases. Virchow dans son *Traité des tumeurs*, T. I,

page 524, rapporte un cas d'enchondrome métastatique des poumons développé, chez une chienne, consécutivement à un enchondrome pur de la mamelle. Mais sans invoquer cette observation, nous avons celles de MM. James Paget, Verneuil, Dauvé qui le démontrent surabondamment.

CHAPITRE III

PRONOSTIC

Les premiers auteurs qui ont étudié avec soin les productions chondromateuses s'accordèrent tous à en proclamer la bénignité. Muller, Cruveilhier, Lebert, par leurs remarquables travaux sur cette néoplasie ne contribuèrent pas peu à affermir les recherches et les conclusions de leurs prédécesseurs.

Les croyances en étaient là quand deux faits mémorables, observés à peu près à la même époque, à Londres, par le professeur Paget, et à Wurzbourg par le professeur Virchow, vinrent rendre l'enchondrome suspect.

« Le beau rêve de la bénignité de l'enchondrome, pour nous servir de l'expression de Virchow, s'évanouit. »

Alors on se souvint que deux des chirurgiens qui avaient eu l'occasion d'observer les premiers des tumeurs chondromateuses, Otto et Scarpa les avaient considérées avec moins d'enthousiasme que leurs successeurs, si l'on en juge par les dénominations qu'ils leur avaient appliquées. C'est ainsi qu'Otto considéra la tumeur des os dont il avait reconnu nettement la structure cartilagineuse, comme un cancer de ce tissu, et que Scarpa, quelque temps après, dans un cas analogue, désigna la tumeur cartilagineuse qu'il observa sous le nom d'exostose maligne. Sans doute

on nous objectera qu'Otto et Scarpa obéissaient aux idées de leur époque, et que pour ces auteurs, comme pour leurs contemporains, toute tumeur volumineuse et développée rapidement ne pouvait être qu'une tumeur maligne et partant un cancer. Tout en faisant la part des idées qui régnaient alors dans la pathologie des tumeurs, et de l'obscurité qui planait en particulier sur la question des enchondromes, nous ne devons être que médiocrement surpris de l'opinion de ces auteurs anciens, hommes illustres d'ailleurs, puisque de nos jours nous voyons des savants recommandables réclamer pour le chondrome malin la dénomination de cancer cartilagineux.

Broca (Discours à la Société de chirurgie, 1855) disait : « Les chondromes sont des tumeurs le plus souvent inoffensives et complètement locales ; elles ne gênent que par leur volume, peuvent être tolérées sans inconvénient par l'organisme, et lorsqu'on les enlève elles n'ont le plus souvent aucune tendance à récidiver. Et cependant il y a des cas où ces tumeurs ont pu se comporter avec une gravité presque égale à celle du cancer. »

Dans son traité des maladies du sein, Velpeau professe l'opinion suivante : « La masse colloïde, seule, est une tumeur bénigne ; la masse colloïde mêlée de tissu chondroïde et fibro-plastique ou encéphaloïde est un cancer particulier. »

Audé, dans une thèse de Paris, 1879, déclare que l'enchondrome a toujours une marche bénigne, qu'il est incapable de récidive après son ablation, et qu'il ne se généralise jamais dans les viscères. Nélaton était du même avis.

Dauvé conclut son Mémoire en ces termes : « Je ne crois

pas que l'enchondromie soit une affection maligne dans le sens scientifique attaché à ce mot quand il s'applique au cancer ; mais les faits prouvent que ces tumeurs peuvent se généraliser dans les viscères, et entraîner dans ces deux cas par leur développement rapide ou leur ramollissement les désordres les plus graves.

L'avis de MM. Cornil et Ranvier est le suivant : « On ne peut donc plus soutenir que les chondromes sont toujours des tumeurs bénignes ; car quelques-uns d'entre eux ont une marche clinique qui les rapproche du carcinome et du sarcome. »

Richet serait aussi porté à admettre des enchondromes bénins et des enchondromes malins ; mais il avoue qu'il est difficile de les différencier. »

Des chirurgiens ont essayé de poser des règles qui permissent de vaincre cette difficulté.

Pour caractériser l'espèce d'une tumeur et en déterminer la nature et le pronostic, il ne suffit pas d'en étudier l'élément anatomique principal, il faut encore en chercher la texture, en étudier le développement, les connexions, les connexions surtout, et alors seulement l'on peut prévoir l'avenir de l'opéré. M. Anger a étudié un certain nombre de ces tumeurs du testicule, en a injecté quelques-unes et voici les remarques qu'il a faites :

Les néoplasmes du testicule se comportent de deux façons vis-à-vis de cet organe — Les uns envahissent d'emblée la substance testiculaire ; cela ne veut pas dire que tous les tubes séminifères sont pris à la fois et simultanément. Non ; par envahissement d'emblée il faut entendre que le néoplasme est en rapport immédiat avec les canaux

spermatiques, sans en être séparé et isolé par une enveloppe conjonctive ; cela veut dire encore que les vaisseaux du testicule et ceux du néoplasme font partie d'un même système, qu'ils communiquent largement les uns avec les autres, que les éléments sécréteurs du sperme et ceux du néoplasme vivent aux dépens de la même circulation et que par conséquent les produits de la désassimilation des uns et des autres se mélange intimement et de proche en proche.

Dans certains enchondromes du testicule au contraire, cette promiscuité des éléments normaux n'existe pas. Le testicule dans son ensemble n'est pas envahi, il est refoulé, étalé par le tissu enchondromateux dont il est nettement séparé par une enveloppe lamineuse qui fait que les vaisseaux et par suite la vie n'est plus commune entre les tubs séminifères et les cellules cartilagineuses. Alors il n'est pas toujours facile de retrouver le testicule, car il est souvent atrophié et perdu dans un espace restreint à la surface de la tumeur chondromateuse.

Le néoplasme dans ce cas se développe à la façon d'un parasite qui, peu à peu refoule, distend et atrophie l'organe au sein duquel il est né, mais il vit et s'accroît indépendamment de lui. Alors les communications vasculaires entre le testicule et le chondrome sont presque nulles ; il n'y a pas, comme dans le cas précédent, échange des matériaux de nutrition et de désassimilation : la vie de l'un est indépendante de celle de l'autre.

De ces deux modes de développement découle, selon M. Anger, la malignité ou la bénignité d'une tumeur. Sans doute la considération de l'espèce de l'élément anatomi-

que, de sa texture microscopique simple ou composée a aussi une grande importance, mais peut-être est-elle moindre que la précédente au point de vue de la récidive. Et si l'on se rappelle que c'est surtout par les lymphatiques que se propagent et se généralisent les tumeurs, on trouvera encore dans l'engendrement des produits néoplasiques une explication de leur bénignité.

En effet les éléments néoplasiques non enkystés trouvent autour d'eux les voies lymphatiques toutes ouvertes pour les recevoir et les transporter jusqu'aux ganglions ; tandis que la membrane kystique qui enveloppe un néoplasme protège ces mêmes voies lymphatiques, et les met à l'abri de l'envahissement.

Ce n'est pas à dire qu'un enchondrome enkysté ne puisse jamais se propager au loin par les lymphatiques ; il peut arriver, en effet, que par suite de la distension de l'enveloppe conjonctive due à l'accroissement rapide des éléments néoplasiques, par suite encore soit d'une suractivité physiologique de l'organe, soit par suite d'une inflammation produite par un coup ou une contusion, par une métastase (les observations que nous citons en fournissent de nombreux exemples), cette enveloppe vienne à se rompre ou à s'ulcérer, et qu'alors les éléments anormaux franchissent cette barrière et se répandent dans les tissus environnants, les envahissent et de là gagnent les ganglions.

Il semblerait résulter de cet exposé au point de vue clinique, que, comme presque toutes les tumeurs bénignes sont enkystées, il devrait être facile de les reconnaître à leur mobilité, à leur indolence, à l'absence d'engorgement ganglionnaire.

Mais dans le testicule, ce caractère si important de la mobilité n'existe pas.

L'enveloppe albuginée rapidement distendue par le néoplasme, ne permet pas d'en percevoir la mobilité. Le clinicien n'a donc pour apprécier la nature de la tumeur, que l'indolence fréquente, de règle, et l'absence d'engorgement ganglionnaire, et ces deux derniers caractères appartiennent tout aussi bien au testicule syphilitique et dès lors on s'explique aisément et la difficulté du diagnostic et les fréquentes erreurs auxquelles ces tumeurs donnent lieu comme MM. Vernenil, Panas et Desprès en ont cité des exemples éclatants.

Lorsque dans un cas douteux, le traitement spécifique a échoué, il faut en venir à la castration, mais alors l'examen attentif de la tumeur, la détermination de ses connexions avec le testicule proprement dit, les commémoratifs relatifs à la rapidité du développement, à l'âge du malade permettent d'asseoir le pronostic sur des bases suffisamment solides.

DEUXIÈME PARTIE

OBSERVATIONS

Observation I

Observation (personnelle)

Chondrosarcome du testicule et des ganglions mésentériques.
Evolution rapide. — Mort.

Cocural Guillaume, 23 ans, deuxième soldat au 106e d'infanterie, incorporé en novembre 1878. Entré à l'hôpital du Val-de-Grâce le 16 janvier 1881. Mort le 28 janvier 1881.

1° Constitution : Bonne;

2° Tempérament : Lymphatico sanguin ;

3° Profession antérieure à l'incorporation : Bitumier à Paris ;

4° Antécédents :

A. *Héréditaires.* — Père inconnu. Mère se portant bien, ne se connaît pas d'autres parents.

B. *Hygiéniques.* — A vécu jusqu'à son incorporation en exerçant une profession pénible, et dans des conditions hygiéniques très-médiocres. Pas d'excès avoués.

C. *Pathologiques.* — Santé antérieure assez bonne. Pas de syphilis. Pas d'orchite.

D'après le malade, son testicule droit serait notablement plus gros que le gauche depuis sa neuvième année. Il ne peut dire dans quelles conditions ce développement anormal s'est produit. Cela ne le gênait

pas, jamais il n'a souffert de ce côté, il ne s'est pas plaint au conseil de révision. Il y a trois mois, le malade se portait encore bien : il a pris part aux grandes manœuvres. Peu après il remarque sur le côté droit de l'abdomen, au-dessous et près de l'ombilic, une tumeur du volume du poing. En même temps le testicule droit grossit et passe du volume d'un œuf à un volume double ; il n'est pas douloureux. Le malade ne peut dire si l'accroissement de volume du testicule a précédé ou suivi l'apparition de la tumeur abdominale. Il rapporte ces deux phénomènes au même moment.

Au commencement de décembre, le malade souffrant d'assez vives douleurs dans le ventre entre à l'hôpital de Châlons.

15 *décembre.* — Œdème du membre inférieur droit. Peu prononcé d'abord, il disparaît complètement pendant quelques jours pour reparaître définitivement.

Puis le ventre devient gros et le membre inférieur gauche s'œdématie comme le droit.

Le malade reste un mois à l'hôpital de Châlons, sans être soumis, pendant ce temps, à aucun traitement actif.

Il fut évacué sur le Val-de-Grâce où il entra le 16 janvier.

État général. — Face pâle, amaigrie, expression de souffrance et d'abattement. Le malade souffre beaucoup du ventre et ne dort plus. Depuis quelque temps le malade a beaucoup maigri. D'ailleurs pas de fièvre, mais anorexie presque complète.

État local. Ventre. — Le ventre est très-tendu, quoique modérément volumineux ; il ressemble à celui d'une femme enceinte de huit mois. Il est globuleux, saillant et non pas étalé. La cicatrice ombilicale garde sa forme habituelle, elle n'est ni soulevée, ni exagérément déprimée. Les veines superficielles sont très développées.

Le ventre est dur, rénitent, la tension de ses parois rend la palpation difficile. Néanmoins on sent dans le flanc droit et la région ombilicale une tumeur qui paraît offrir le volume d'une tête de fœtus à terme, difficile à circonscrire et qui se déplace vers le flanc gauche lorsqu'on fait coucher le malade de ce côté.

La percussion donne une matité absolue dans toute la partie de

l'abdomen, située au-dessous d'un plan tangent aux fausses côtes des deux côtés. Cette matité ne varie pas lorsque le malade se déplace.

Testicules. — Les bourses sont œdématiées, atteignent presque le volume des deux poings. Le testicule gauche est petit, mou, peu développé. Le testicule droit offre le volume d'une grosse orange. Il est remarquablement lourd, ne présente pas de bosselures. Certaines parties sont dures, rénitentes, ont une consistance cartilagineuse, d'autres sont molles, on sent un peu d'épanchement dans la tunique vaginale. L'exploration de cette tumeur n'est pas douloureuse.

Pas de ganglions sensibles dans le pli de l'aine, ni dans le creux de l'aisselle; ni dans aucune autre région.

Diagnostic. — La tumeur a pris naissance dans le testicule sous une influence mal définie, peut-être les fatigues des grandes manœuvres, elle a éprouvé une poussée aiguë et une tumeur de même nature s'est développée dans l'abdomen.

Organe atteint, siège et nature de la tumeur.

Eliminons tout de suite l'idée d'une ascite. Le ventre est globuleux, non étalé, la matité ne change pas quand le malade se déplace; la sensation de flot recherchée est très obscure. La main droite frappant un côté de l'abdomen, la main gauche appliquée à plat sur le côté opposé, perçoit plutôt les vibrations des parois tendues qu'une fluctuation manifeste.

Est-ce une tumeur du foie? Il ne remonte pas plus haut qu'à l'état normal. Le malade, d'ailleurs, n'a présenté aucun phénomène pouvant faire supposer une altération de cet organe (ictère, vomissements bilieux, troubles gastriques etc.).

Le siège de la tumeur primitivement à droite, son déplacement relativement facile éloignait l'idée d'une tumeur du pancréas et de la rate.

L'urine est rouge, un peu trouble, laisse déposer un sédiment abondant, mais si on la chauffe elle redevient parfaitement limpide. Ni l'acide nitrique, ni la chaleur ne décèlent trace d'albumine, il n'y

a pas de sucre. La quantité d'urine des vingt-quatre heures est en moyenne de 1000 grammes. Donc rien dans la quantité ou la qualité des urines n'autorise à supposer une lésion du rein. Il y a d'ailleurs apyrexie complète.

Le malade prend encore quelques aliments légers, il ne vomit pas, va régulièrement à la selle et les matières expulsées ont leur aspect et leur calibre normal. L'intégrité de la fonction digestive exclut donc l'idée d'une lésion de cet appareil.

Restent le mésentère et l'épiploon. Si le mésentère était principalement atteint, on aurait eu plus vite une compression plus forte de l'aorte et de la veine cave. Or, on se rappelle que les phénomènes de compression n'ont apparu qu'au moment où le ventre était déjà volumineux. De plus leur première apparition a été passagère et ils ne se sont installés définitivement que plusieurs jours après s'être montrés pour la première fois.

On pense donc à une tumeur siégeant surtout dans l'épiploon, ce qui s'accorde bien avec la possibilité de son déplacement et la position superficielle qui lui est reconnue par la palpation.

Nature de la tumeur. — Il s'agit d'une tumeur qui après avoir sommeillé longtemps dans le testicule a été brusquement réveillée sous une excitation mal connue et a pris très vite un grand développement et une marche envahissante. La rapidité de ce développement et de cette invasion exclut absolument les tumeurs bénignes.

On ne pense pas davantage aux différentes formes d'épithéliome ou de carcinome. Leur marche est plus uniformément progressive, moins longue. Elles envahissent les tissus voisins, et le scrotum, à part l'œdème dont il est le siège, a son aspect normal. Elles envahissent aussi à bref délai les ganglions correspondants et on voit, d'après l'histoire du malade, que ceux-ci sont restés très longtemps intacts.

Le diagnostic, au moins pour la tumeur du testicule, se circonscrit entre le chondrome et le sarcome. Cette tumeur non bosselée, de consistance inégale, ayant présenté une marche si singulière, répond mal à l'idée d'un chondrome pur. On s'arrête ainsi au diagnostic de

chondro-sarcome, qui, se généralisant dans l'abdomen, a donné un lympho-sarcome dont le siège principal est l'épiploon.

Traitement : Palliatif. Pour soutenir le malade : bouillon, lait sucré, alimentation légère. Contre la douleur, injections hypodermiques de morphine.

22 *janvier.* — L'état du malade s'aggrave, aspect cachectique, douleurs abdominales vives. Pas de vomissements, selles normales. Ventre extrêmement tendu. Dyspnée intense, le malade se plaint d'étouffer.

La sensation de flot, moins obscurément perçue, fait croire à une certaine quantité de liquide épanché dans le péritoine. On fait une ponction sur le milieu de la ligne iléo-ombilicale gauche : il ne sort que 150 grammes environ de sang noir pur. Le trocart employé est droit, 4 mm. de diamètre; il est enfoncé d'environ 4 centimètres. Son extrémité est libre et se meut facilement. On fait une deuxième ponction capillaire avec un trocart de Potain notablement (8 à 10 centimètres) plus haut et plus à gauche; elle donne issue seulement à quelques gouttes de sang.

23 *janvier.* — L'état du malade a peu changé, apyrexie complète.

27 *janvier.* — L'état général s'aggrave : vers midi, vomissements de matières noires.

28 *janvier.* — Le malade est mourant, il vomit par régurgitation un liquide noirâtre ressemblant beaucoup à de la suie délayée. Plus de connaissance. Pouls petit, faible, lent, soixante pulsations. Le malade meurt ce même jour à midi.

Autopsie. — On fait une incision comme pour une laporatomie exploratrice. Les couches de la paroi abdominale étant sectionnées, un flot de sang noir s'échappe. Le doigt introduit dans la plaie tombe sur une tumeur avec adhérence remontant jusqu'à 4 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Des adhérences existent encore dans la fosse iliaque droite qui contient peu de liquide.

On agrandit les sections cutanées, et on met à nu la tumeur. Celle-ci pèse 16 livres. C'est une masse énorme mesurant 32 centimètres en hauteur et 38 en largeur remontant jusqu'à deux travers de doigt de

l'appendice xyphoïde. Elle est constituée en avant par l'épiploon rouge, enflammé, altéré et par quelques anses intestinales englobées dans la tumeur. Elle est assez sphérique, composée à droite et en haut, d'une surface lisse, exempte d'adhérences, elle est contenue dans le feuillet du mésentère et recouverte par le péritoine. Cette tumeur a tout refoulé à gauche (colon transverse, épiploon). L'épiploon part du flanc gauche, s'étale sur l'hypochondre gauche, gagne le flanc et la fosse iliaque gauche. A 0m 60 environ de la fin de l'intestin grêle se trouve une anse libre, non rétrécie, formant un coude par adossement et prise dans la tumeur par des adhérences lâches. Tout le reste de l'intestin grêle est sain et s'enfonce dans l'hypochondre gauche.

On aperçoit à gauche les deux coups de trocart donnés pendant la vie; ils ont porté en plein dans la tumeur dans laquelle ils ont fait deux trous nettement visibles.

Le fond du bassin est libre, toute la partie péritonéale de la fosse iliaque droite est saine. Peu d'adhérences sur le péritoine du petit bassin, quelques adhérences sur la vessie. On n'en trouve pas dans la fosse iliaque gauche. Le péritoine pariétal est sain dans la fosse iliaque droite. On ne trouve pas au niveau du canal inguinal de continuité du cordon avec la tumeur.

On extrait très difficilement de la cavité abdominale tous les organes y contenus, et par la section des deux pubis on conserve le scrotum adhérent à cette masse.

On trouve alors le rectum rempli de grosses matières dures, bien moulées, normales.

Le foie, remonté et petit, présente cinq ou six taches jaunâtres, arrondies, sans saillie notable, à bords un peu irréguliers, assez consistants, de la grosseur d'une amande et présentant dans leur centre un foyer hémorrhagique.

Gros ganglions dans l'aine. Ils sont malades, altérés de chaque côté.

Dans les veines, caillots descendant très bas jusqu'à l'embouchure des veines fémorales profondes. Ces caillots sont jaunes, assez denses, fibrineux, non adhérents, avec intégrité de la membrane interne de la veine. La saphène externe est saine; les circonflexes sont libres.

Œdème des membres inférieurs dur, lardacé ; tissu cellulaire jaune.

Poumons sains, emphysémateux ; à cheval dans la fourche et en rapport avec les branches, grosse masse ganglionnaire avec petits kystes colloïdes, comprimant la trachée et longée par le pneumogastrique. Dans la gouttière pleurale gauche petite tumeur de la grosseur d'une noisette.

Cœur normal. Caillots volumineux dans les veines caves, iliaque et fémorale. Ces caillots adhèrent en certains points, mais la phlébite est consécutive à leur formation.

Testicule droit très lourd, assez lisse, sans bosselures et présentant des inégalités de consistance. Il a la forme d'une poire de forte grosseur. Il est enkysté par les membranes du testicule. On ne reconnaît ni testicule, ni épididyme. Vaisseaux veineux s'irradiant à la surface.

En haut kyste formé aux dépens de la cavité vaginale et contenant de la fibrine. Substance testiculaire carcionomateuse de belle couleur ocreuse. La tunique vaginale est reconnaissable à la partie supérieure et à la partie inférieure de la tumeur. Elle contient peu de liquide à ce niveau. Les éléments du cordon sont absolument sains ; le canal déférent a son volume normal ; vaisseaux sanguins et lymphatiques paraissent intacts.

L'examen microscopique a été fait par M. Kiener, professeur-agrégé au Val-de-Grâce.

En incisant le testicule, on y voit une substance d'une belle couleur ocreuse, c'est-à-dire d'une couleur blanche sillonnée par de nombreuses traînées rougeâtres. Il n'y a pas de kystes visibles à l'œil nu. La consistance est assez dure, uniforme, on n'y trouve pas de point fluctuant.

Le microscope fait voir des noyaux cartilagineux assez nombreux, formant de véritables travées et infiltrés, en certains points, d'éléments calcaires. Ces nodules cartilagineux sont situés au milieu des éléments ordinaires du sarcome. On trouve, en beaucoup d'endroits, des kystes formes aux dépens des canaux testiculaires et tapissés, les uns,

par un épithélium cylindrique, les autres, par un épithélium pavimenteux.

Le néoplasme s'est reproduit dans les ganglions mésentériques avec tous ses caractères.

La simple inspection montre des kystes présentant une coloration différente, les uns, parfaitement transparents, les autres, renfermant un liquide noirâtre. Quelques-uns sont remarquables par leur belle couleur verte.

Toute la partie supérieure droite de la tumeur mésentérique est dure, résistante, comme charnue, la partie gauche, au contraire, renferme un très grand nombre de cavités kystiques reliées entre elles par un tissu mou dans lequel on peut facilement enfoncer le doigt.

La coupe est fort analogue à la coupe de la tumeur testiculaire.

C'est encore une substance blanchâtre, en tous sens sillonnée par des tractus diversement colorés. L'intérieur est creusé de cavités kystiques, arrondies, les unes, capables de loger la pulpe de l'index, les autres, capables de loger un œuf de poule. Au centre même de la tumeur et dans les parties profondes, on aperçoit des zônes stratifiées de tissu morbide, distinctement superposées les unes aux autres et entourant un point central. Il ne paraît pas douteux que ce point central ne soit un ganglion lymphatique.

Enfin, on peut encore distinguer la coupe d'un très grand nombre d'orifices vasculaires béants et d'une grande largeur.

La palpation simple fait sentir sur les diverses coupes faites en tous sens, des nodosités en formes d'épine, assez nombreuses, ce sont des nodules de cartilage.

Au microscope on constate outre ces éléments cartilagineux, des kystes en grand nombre, des vaisseaux dilatés en ampoules, et offrant un aspect moniliforme, et surtout des éléments mixo-sarcomateux qui forment le fond de la tumeur.

Observation II

Enchondrome chez un enfant de 4 ans. — Castration — Absence de toute récidive locale. — Mort par généralisation.

Le 20 *mars* 1875, M. Lal..., demeurant aux environs de Bordeaux, m'amena dans mon cabinet son jeune fils, âgé de quatre ans, sur l'état duquel il désirait avoir mon avis.

Dans les premiers jours du mois, la mère s'était aperçue que l'enfant portait souvent la main aux parties génitales, et, après quelques remontrances, elle voulut s'assurer s'il n'existait rien qui justifiât cette manière de faire accoutumée. Elle s'aperçut alors que la bourse gauche avait légèrement augmenté de volume. Un peu effrayée, bien que l'enfant n'accusât aucune douleur, et croyant au développement d'une hernie, elle fit appeler aussitôt (4 mars) le médecin ordinaire de la famille, M. Cozie-Pénanguer, qui, après avoir examiné le petit malade, la rassura et conseilla simplement des applications trempées dans une solution résolutive. Cependant la bourse augmente de volume, et, à une deuxième visite, qui eut lieu cinq jours après, M. Pénanguer annonça qu'il y avait de l'eau dans l'intérieur de la bourse, et fit pressentir la nécessité d'une ponction. Celle-ci fut acceptée en principe, mais remise d'un commun accord, à une époque prochaine. Grande fut la surprise de la famille, quand, dans une troisième visite, faite au bout de huit jours, M. Pénanguer déclara inutile toute ponction, et ordonna d'appliquer sur la tumeur, devenue dure et grosse comme un œuf, un emplâtre de ciguë, qui devait demeurer en place un certain nombre de jours.

C'est sous l'influence de l'émotion produite par cette déclaration inopinée que M. Lal... s'est décidé à venir demander mes conseils.

Dès le début de l'examen, il devint évident pour moi que j'avais affaire à une production solide. La tumeur du volume d'un gros œuf de poule, limitée à la bourse gauche, était absolument ovoïde, régulière, lisse, un peu aplatie dans le sens transversal : sa consistance

était uniformément dure, résistante ; en avant seulement on pouvait constater une sorte de fluctuation obscure. En aucun point la pression ne réveillait de douleur. La forme, la délimitation exacte de cette tumeur, ne permettaient point de la confondre avec un hydrocèle, dont l'aspect est pyriforme et même cylindrique, et qui envoie, d'ordinaire un prolongement plus ou moins notable vers l'anneau externe du canal inguinal.

D'ailleurs examinée par transparence, la tumeur ne se laissait nullement traverser par les rayons lumineux. La résistance, au toucher, fournissait un autre signe diagnostique, car elle n'eût été explicable, dans l'hypothèse d'une hydrocèle, que par une grande épaisseur des parois, absolument incompatible avec le rapide développement du mal. Cette incompatibilité n'existait plus pour l'hématocèle, mais il était impossible de retrouver dans les antécédents, aucune violence traumatique exercée sur les bourses ; les objections tirées de la forme et de la délimitation conservaient ici toute leur valeur ; enfin si l'hématocèle, par suite des dépôts fibrineux et des fausses membranes dont est tapissée la vaginale, peut bien acquérir une résistance notable, elle n'a jamais une dureté absolue, et, en tout cas, cette dureté est superficielle en avant comme en arrière, tandis que, chez notre malade, elle n'était perçue, en avant, qu'à travers une mince coucle de liquide.

Mais parmi les néoplasmes dont le testicule peut devenir le siège, auquel fallait-il s'arrêter ? Ce diagnostic, si important au point de vue du traitement à instituer, et que l'examen isolé de la tumeur ne suffisait pas à établir, n'était guère rendu plus facile par la réunion des autres signes locaux et même par la considération de l'état général.

Voici les détails que je retrouve, à cet égard, sur mon cahier de notes.

La peau qui recouvre la tumeur est saine et glisse aisément sur les parties sous-jacentes ; elle est cependant distendue et sillonnée, à sa surface, de quelques vaisseaux volumineux. Les ganglions de l'aine ne sont point engorgés : des deux côtés ils présentent le même aspect et le même volume. Le cordon est absolument distinct de la tumeur ; il est facile de le saisir entre les doigts pour constater l'intégrité de

ses éléments. Le testicule droit est normal ; il est seulement remonté vers l'anneau, par suite du développement de l'organe congenère.

La santé générale de l'enfant ne laisse rien à désirer; il est grand, bien développé, robuste. L'embonpoint est satisfaisant, et toutes les fonctions s'accomplissent avec une parfaite régularité. Il n'existe dans la famille aucun antécédent cancéreux ; un oncle est mort de tuberculose pulmonaire.

L'idée d'une hématocèle, mise de côté pour les raisons déjà exposées, l'âge du malade, la marche de l'affection ne laissait guère de place à une autre idée que celle de tumeur maligne, il est vrai que cette hypothèse s'accordait mal avec l'excellence de la santé générale, mais le développement si rapide de la tumeur laissait le droit d'admettre que la néoplasie, bien que maligne, était jusqu'alors demeurée locale et n'avait pas eu le temps d'infecter l'économie. Je portai donc le diagnostic clinique de cancer, sans aller plus loin dans la détermination histologique de la production morbide que je soupçonnais cependant être la nature sarcomateuse.

Je fis part de ma crainte à M. Lat..., sans toutefois prononcer le mot redoutable qui répondait à ma pensée, et je ne lui dissimulai pas l'urgence absolue d'une intervention immédiate. Appréciant en même temps l'émotion légitime que devait lui causer cette annonce inattendue venant le surprendre au milieu de sa quiétude, je l'engageai à prendre le conseil de quelques confrères. Ceux-ci au nombre de trois émirent des avis un peu différents sur la nature du mal qui était soumis à leur examen : deux conclurent comme je l'avais fait, à l'existence d'un cancer ; un troisième se basant sur la considération de l'état général et la rapidité même du développement de la tumeur, sur la préexistence d'un épanchement séreux, pencha pour une hématocèle. Tous trois d'ailleurs furent unanimes à reconnaître la nécessité d'une opération.

Le 24 mars, je fus, sur ma demande, réuni en consultation avec M. le docteur Cozic-Pénanguer. J'eus alors la confirmation des renseignements qui m'avaient été fournis par la famille. Mon honorable confrère avait bien réellement constaté au début, une tumeur élastique

parfaitement transparente, et, dans l'espace d'une douzaine de jours, il avait vu la consistance de cette tumeur se modifier sans cause appréciable, sa dureté devenir extrême, la transparence disparaître. Bien que porté d'abord à croire à une hématocèle, les mêmes motifs qui avaient déterminé mon opinion l'avaient empêché de s'arrêter à cette idée, et dès ce moment, il était demeuré convaincu de la nature cancéreuse du mal.

Dans ces conditions il ne pouvait y avoir entre mon confrère et moi aucune divergence sur le mode d'intervention à choisir. La castration fut décidée et proposée aux parents, qui l'acceptèrent aussitôt, tout en étant avertis de la possibilité d'une récidive.

L'opération eut lieu en présence de MM. Cozic-Pénanguer et Oré, le 26 mars, c'est-à-dire six jours après mon premier examen. Dans ce court espace de temps, la tumeur, sans doute sous l'influence des manipulations auxquelles avaient donné lieu des examens répétés, la tumeur avait notablement augmenté de volume, tant en largeur qu'en hauteur ; dans ce dernier sens, l'accroissement avait été assez marqué pour qu'elle arrivât jusqu'au voisinage de l'anneau inguinal externe. Les ganglions demeuraient toutefois indemnes.

Je commençai l'opération suivant le conseil si pratique de M. Gosselin en faisant une ponction exploratrice avec un trocart de trousse. Cette ponction donna issue à quelques gouttes de sang, ce qui joint à l'impossibilité de faire mouvoir la pointe de l'instrument donnait une confirmation nouvelle du diagnostic qui avait été porté vers le début.

La castration s'imposait et j'y procédai aussitôt de la façon suivante : une incision en raquette fut pratiquée sur la partie antérieure de la tumeur simple dans sa portion supérieure, elle se bifurquait en bas, de manière à circonscrire une certaine étendue de téguments que je me proposais de réséquer. J'eus soin de prolonger cette incision un peu en arrière, pour éviter la formation d'une poche où pourraient stagner les produits de la suppuration. La peau ainsi divisée, j'isolai la tumeur des téguments, puis de la cloison du dartos, en ayant bien soin, alors, suivant le conseil de Chassaignac, de raser de près la tumeur, pour

m'éloigner de cette cloison, qui peut renfermer des vaisseaux considérables.

L'hémorrhagie fut peu abondante ; quelques artérioles de la peau, qui avaient été comprises dans l'incision, fournirent un peu de sang, j'y appliquai des pinces à pression continue. Je terminai l'opération par la ligature du cordon qui fut sectionné au-dessous. Je liai également les vaisseaux qui continuaient à donner après l'ablation des pinces.

Deux points de suture entortillée furent placés à l'extrémité supérieure de l'incision ; je bourrai la plaie de charpie après avoir eu soin de ramener vers la partie déclive les fils à ligature. De la charpie et des compresses imbibées d'eau froide complétèrent le pansement, que je maintins à l'aide d'une sorte de spica, dans la crainte que l'enfant avec l'indocilité de son âge ne dérangeât les pièces d'appareil et n'irritât la plaie.

Examinée deux heures après l'opération, la tumeur pesait 150 grammes. Elle offrait la forme d'un ovoïde régulier à grosse extrémité dirigée vers le bas. Sa consistance était également dure, sans surface lisse, sans bosselures. A la partie supérieure et antérieure, il existe une petite tumeur, surajoutée à la principale ; cette tumeur est plus molle, comme transparente, et l'incision en fait écouler une certaine quantité de liquide séreux ; l'examen fait reconnaître que cet épanchement siège dans la vaginale ; celle-ci est à peu près saine. Quant à l'épididyme, il a disparu dans l'ensemble de la masse morbide. Le cordon est sain et peut être suivi dans une certaine étendue à la partie supérieure et postérieure de la tumeur.

Sur une coupe, le tissu constitutif de la tumeur offre un aspect lisse, luisant, avec reflet blanc bleuâtre. Cet aspect n'est pas absolument uniforme : les parties brillantes, nacrées, se montrent sous forme de plaques arrondies, de dimensions variables, isolées les unes des autres par des faisceaux d'apparence fibrillaire.

Le grattage ne fait point écouler le suc.

La pièce fut remise à M. le Dr Vergeley, professeur-adjoint de

l'École de Médecine, qui voulut bien se charger de l'examen microscopique et m'en adresser les résultats.

Je copie textuellement la note qui me fut remise : « En résumé, la masse de la tumeur est formée par un tissu cartilagineux. Les cellules cartilagineuses, dont quelques-unes seulement possèdent une capsule, et qui, pour la plupart, sont larges, irrégulières, munies de prolongements, avec un ou plusieurs noyaux, sont réunies par groupe, répondant aux lobules de la surface de section. Entre ces masses et les isolant on rencontre du tissu fibreux abondant ; même sur un point de la tumeur, ce tissu est presque seul, et c'est à peine si on aperçoit, dans l'interstice des fibres, quelques rares cellules. La disposition que je viens de décrire permet de porter le diagnostic anatomique de fibro-chondrome. »

Les suites de l'opération furent des plus simples. La réunion immédiate fut obtenue dans la partie supérieure de l'incision, où j'avais mis les points de suture ; une suppuration abondante et de bonne nature s'établit, dès le deuxième jour, dans le reste de la plaie. Celle-ci ne tarda pas à bourgeonner rapidement, du huitième au douzième jour toutes les ligatures tombèrent, et, en trois semaines, il ne restait plus qu'une plaie linéaire dont j'eus plusieurs fois à réprimer le bourgeonnement. Un mois après l'opération, la guérison était complète.

Il n'y avait pas eu la moindre menace de récidive locale et la santé générale s'était maintenue parfaite.

Au mois de septembre suivant, Mme Lat... me ramenait son fils : depuis quelques jours elle trouvait que le ventre augmentait de volume et qu'en un certain point il offrait une dureté extrême. La santé générale était toujours fort bonne.

Voici ce que me révéla l'examen de l'enfant : embonpoint normal, coloration rosée des téguments. Au niveau de la cicatrice et du cordon aucune tuméfaction ne peut être constatée. Les ganglions de l'aine sont normaux. Le ventre présente dans l'hypochondre gauche une voussure manifeste qui s'étend, d'une part, depuis la ligne médiane jusqu'au bord externe du carré des lombes, et, d'autre part, du rebord des fausses côtes avec lequel elle paraît se continuer, jusqu'à la ligne

ombilicale. Au niveau de la fosse iliaque en enfonçant profondément les doigts dans la cavité pelvienne, on sent quelques nodosités qui doivent être des ganglions dégénérés. La respiration est normale, le malade ne tousse pas.

Je ne cachai pas à Mme Lat... que je regardais comme au-dessus des ressources de l'art l'état de son enfant. En présence de ce pronostic la famille décida de recourir à l'homœopathie, et une seconde fois je cessai de voir mon malade. Trois semaines après j'étais appelé de nouveau. Les promesses de l'homœopathie avaient été démenties par l'événement et le malheureux enfant pâle, amaigri, exténué, était arrivé aux derniers moments de son existence. Le ventre s'était encore développé et contenait évidemment du liquide ; la respiration était anxieuse, fréquente, entrecoupée par des quintes de toux petite et sèche. L'appétit était nul et il y avait de la fièvre vers le soir. La cicatrice continuait à être dans les meilleures conditions. La mort arriva dans les premiers jours d'octobre.

A l'autopsie, on constata les lésions suivantes : le cordon était sain à partir de la cicatrice dans une étendue de quatre centimètres, en ce point commençait une sorte de cordon fibreux, dur, résistant, formé bien évidemment, par un ou plusieurs lymphatiques remplis de matière cancéreuse. Ce cordon aboutissait à une tumeur demi-molle, élastique qui n'était autre qu'un ganglion lombaire hypertrophié. Tous les ganglions de la région avaient subi une altération analogue. La tumeur principale du ventre était constituée par la rate très développée et présentant plusieurs nodules, dont l'un avait le volume du poing. Les deux poumons étaient aussi parsemés de petites nodosités variant du volume d'un grain de maïs à celui d'une noisette. A l'examen microscopique, ces tumeurs secondaires furent reconnues comme étant de nature enchondromateuse : cette fois l'enchondrome avait revêtu la forme dite à cellules ramifiées ou stellaires (myxo-chondrome).

Ce néoplasme offrait donc ce type du chondrome fibreux que Billroth a professé être constamment bénin, et, si l'acuité du développement constituait un signe pronostique

fâcheux, la délimitation de la tumeur, l'intégrité du cordon et des ganglions, la conservation de l'état général étaient bien de nature à faire admettre comme probable la bénignité de l'affection. Toutefois, le chirurgien a eu fort raison de tenir comme secondaires ces signes de bon augure : car deux faits, la rapidité du développement et l'âge du petit malade, dominaient la situation. En effet, il est prouvé depuis longtemps que les cancers revêtent généralement une grande gravité chez les enfants, et ce mode de développement annonçait une puissance formative qui ne pouvait être liée qu'à une extrême malignité.

Observation III

Demarquay (Bulletin de la Société de chirurgie, année 1861, p. 676).

G..., cultivateur, âgé de 34 ans, entre le 14 novembre 1860 à la Maison de Santé.

Il s'est toujours bien porté, n'a jamais eu aucune maladie du côté des organes génito-urinaires. Marié depuis douze ans, il a eu quatre enfants, qui sont tous forts et bien portants ; le dernier a trois ans et demi. Il y a quinze mois, il reçut sur le testicule, du côté droit, un coup de pied de cheval ; il ressentit sur le moment une douleur atroce. Une ecchymose assez étendue se forma ; tuméfaction considérable de l'organe, rougeur de la peau, fièvre, anorexie. Ces symptômes inflammatoires cédèrent assez rapidement, mais la tuméfaction du testicule persista.

L'état resta stationnaire pendant deux mois. Au bout de ce temps, le malade se livra à des travaux pénibles ; il porta de lourds fardeaux ; alors la tumeur augmenta, des douleurs assez vives apparurent. Un médecin consulté fit deux ponctions avec un trocart à hydrocèle ; il sortit par chaque ouverture une cuillerée environ de sang. Ces deux

petites opérations furent suivies d'une poussée inflammatoire assez intense. Depuis cette époque, il est resté à peu près dans le même état ; il a très peu grossi jusqu'à la moisson dernière ; alors le malade voulut encore travailler, il se fatigua beaucoup par de longues marches, il porta des fardeaux. Son testicule augmenta de nouveau de volume ; les douleurs furent si vives qu'elles l'obligèrent à garder le lit. Il survint une fièvre intense, de l'insomnie, perte d'appétit, rougeur de la peau des bourses, etc. Enfin, à partir de ce moment, la tumeur est restée stationnaire.

Le malade n'éprouvait d'abord que des souffrances assez légères, mais depuis quinze jours ses douleurs le forcent à rester au lit. Il ne peut marcher. Il éprouve dans son testicule, des élancements, des picotements, parfois une douleur contusive ; dans d'autres circonstances, il lui semble que l'organe est comme serré dans un étau.

Il entre le 14 novembre à la Maison de Santé pour se faire enlever sa tumeur.

On constate que le testicule du côté droit a acquis un volume énorme (nous donnons plus loin les dimensions de la tumeur). Sa forme rappelle celle d'une hydrocèle ; il est presque cylindrique, arrondi aux deux extrémités, un peu étranglé à sa partie moyenne. Soulevée dans la main, cette tumeur est pesante, trop pesante pour ne contenir qu'un liquide ; du reste on ne peut y constater nulle part de transparence. Dure, résistante, un peu élastique dans la moitié inférieure de sa face antérieure, en arrière et sur les côtés, elle offre des points fluctuants en avant et en haut ; il y a évidemment là une portion liquide, mais le reste est solide.

La pression n'est pas très douloureuse. La peau a sa coloration normale, un peu violacée pourtant ; elle est parcourue par des veines nombreuses. Une ponction exploratrice, faite dans sa partie moyenne, ne donne issue qu'à un peu de sang.

L'opération est pratiquée le 15 novembre 1861.

Deux incisions elliptiques commençant en avant vers la partie moyenne de la tumeur et se terminant en arrière, circonscrivent un lambeau de peau qui doit être enlevé avec l'organe malade, puis la

tumeur est disséquée avec grand soin jusqu'au cordon, et isolée du testicule gauche, qui est très sain et qu'on laisse enveloppé de ses membranes, M. Demarquay est obligé de faire remonter sa dissection très-haut, jusqu'au delà de l'orifice externe du canal inguinal, car une portion de la tumeur se prolonge jusque dans le canal. Les deux piliers sont mis à nu. Les artères coupées sont liées à mesure que le bistouri les atteint. Les deux lèvres de la plaie sont réunies par une suture dans presque toute leur étendue. Une petite ouverture est laissée à la partie inférieure pour l'écoulement du pus.

Le malade a perdu peu de sang; il avait été soumis aux inhalations de chloroforme.

La tumeur enlevée pèse 950 grammes. Comme pendant l'opération il s'est écoulé de plusieurs kystes placés à sa partie antéro-supérieure une assez grande quantité de liquide séreux, citrin, on peut porter le poids à 1 kilog. environ. Sa grande circonférence qui est verticale, est de 40 centimètres; sa petite circonférence, qui est horizontale, est de 29 centimètres. On reconnaît dans ses enveloppes les membranes qui entourent le testicule; on peut les isoler assez facilement. Quant à la tunique vaginale, ses deux feuillets ont contracté entre eux des adhérences dans presque toute leur étendue. Cette tunique est épaissie, vasculaire; on voit des ramifications capillaires extrêmement nombreuses; partout elle est fortement adhérente à la tumeur. En avant et en haut ses deux feuillets s'écartent l'un de l'autre en trois points, constituant ainsi trois cavités anfractueuses, irrégulières, qui contenaient ce liquide séreux qui s'est échappé pendant l'opération; ce liquide ressemblait à celui des hydrocèles ordinaires. L'un de ces kystes aurait pu contenir une pomme d'un volume moyen; les deux autres plus petits pouvaient contenir chacun une noix.

La tumeur est formée de deux parties : l'une principale qui la constitue presque tout entière et dont nous allons parler; l'autre qui a le volume d'une petite noix, est séparée de la précédente et se prolonge entre les éléments du cordon. Elle est horizontale et sa forme est celle d'une amande.

On reconnaît à la coupe qu'elle est formée d'une quantité innom-

brable de petits cartilages de forme irrégulière, adossés les uns aux autres, et interceptant entre eux des cavités pleines d'un liquide filant et transparent.

La tumeur principale est assez régulière dans ses contours, elle est à peu près ovoïde, à grand diamètre vertical. Une coupe faite dans toute son épaisseur et la divisant en deux parties montre qu'elle est constituée par une masse enchondromateuse qui en forme les trois quarts. En étudiant ce tissu on y constate l'existence d'une grande quantité de petits cartilages irréguliers de forme, contournés en divers sens, festonnés sur leurs bords. Tous ces petits noyaux s'accolant les uns aux autres, s'entrecroisant les uns dans les autres, des vacuoles anfractueuses qui contiennent un liquide filant, transparent, semblable à du blanc d'œuf. Dans la partie supérieure de la tumeur, la quantité de ces noyaux cartilagineux est énorme ; mais à mesure qu'on descend leur nombre diminue. Dans le point où ils sont si nombreux, on voit en divers endroits des plaques compactes de cartilages dans lesquelles on trouve à peine quelques petites cavités contenant le liquide filant dont nous venons de parler.

Dans la moitié inférieure, ces points cartilagineux disséminés sont placés dans un tissu blanc jaunâtre d'apparence fibreuse, très vasculaire et contenant par endroits de petits épanchements sanguins. Toute la masse est du reste très vasculaire.

Dans la moitié inférieure de cette masse enchondromateuse est enkystée une autre masse d'aspect et de nature tout différents, enveloppée d'une membrane propre qui paraît de nature fibreuse, et unie assez lâchement dans quelques points au tissu qui l'entoure pour qu'on puisse l'en détacher avec le doigt. Cette masse, qui peut être énucléée d'une manière complète, est du volume d'une petite orange. Son tissu est friable, grisâtre. On y trouve des vaisseaux assez nombreux qui forment sur la surface de section autant d'orifices béants. On n'y trouve nulle part aucune trace de cartilage ; on dirait une masse de fibrine résultant de transformations subies par un épanchement sanguin considérable.

Le tissu enchondromateux fait à cette tumeur fibrineuse une enve-

loppe complète dont l'épaisseur est en bas et sur les côtés, de 2 centimètres environ.

Observation IV

Enchondrome du testicule avec kystes hématiques, simulant une hématocèle de la tunique vaginale. Castration, par M. Cruveilhier, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. Observation de Maunoir.

Un homme de 30 ans, sans antécédents syphilitiques, se présente à l'hôpital Saint-Louis avec une tumeur du testicule remontant à trois mois et demi environ. D'après le dire du malade, la cause occasionnelle aurait été un coup reçu sur la glande au mois d'octobre 1872. Le développement de la tumeur se fit graduellement, sans douleur, ni aucun trouble fonctionnel, sauf pendant la marche. Cependant depuis trois semaines les douleurs s'exaspérèrent, et devinrent assez vives pour forcer le malade à interrompre tout travail.

A son entrée à l'hôpital, la tumeur était ovoïde, parfaitement régulière, un peu plus grosse que le poing, remontant vers le cordon jusqu'à quelques centimètres au-dessous de l'anneau inguinal, sans adhérence au derme. La palpation permettait de sentir une poche fortement tendue, sans irrégularités ni bosselures, et partagée en deux par un sillon analogue à celui qui se voit dans l'hydrocèle. La pression n'était douloureuse qu'en un point restreint ; en haut et en arrière : là existait de la fluctuation. Les ganglions ne paraissaient aucunement atteints.

L'avis de tous les chirurgiens qui virent le malade fut qu'on avait affaire à un hématocèle. Une ponction, pratiquée le 25 avril, donna issue à une cuillerée de sang : l'énucléation de l'organe fut pratiquée immédiatement après.

L'examen macroscopique de la tumeur ne dissipa point les doutes qui s'étaient élevés sur sa nature. Effectivement sur une coupe, elle se présentait sous forme d'un magma composé de parties fort peu homogènes : les unes jaunâtres, constituées évidemment par des foyers hé-

morrhagiques à l'état de régression : d'autres molles et translucides, analogues à du tissu sarcomateux ou à de la fibrine concrétée, enfin quelques noyaux plus durs de consistance élastique.

Au milieu de cette masse se voyaient de nombreux kystes sanguins. La paroi fort épaissie était charnue, rugueuse et inégale, et se continuait manifestement avec les portions molles, grisâtres, sans offrir cependant l'aspect de fausses membranes stratifiées. L'apparence générale était celle d'une tumeur maligne, contenant des foyers sanguins interstitiels. Tel fut l'avis d'une partie des membres de la Société d'anatomie qui virent la tumeur.

Pour d'autres il s'agissait purement et simplement d'une forme d'hématocèle : cette dernière opinion s'appuyait sur ce qu'on avait retrouvé du tissu testiculaire comprimé et comme aplati sur un point de la périphérie de la tumeur. Mais il eût pu se faire que la tumeur eût envahi une partie seulement de la glande sans l'intéresser en totalité, de sorte que la question resta pendante en attendant les résultats de l'examen microscopique.

Examen microscopique. — Celui-ci, pratiqué au laboratoire du Collège de France par M. Debove, donna les résultats suivants :

La coque qui entoure la tumeur, manifestement épaissie, se compose de travées fibreuses, au milieu desquelles se voient un nombre considérable de vaisseaux remplis de sang et à parois épaisses; beaucoup d'entre eux sont très dilatés et ressemblent complètement aux néo-vaisseaux des fausses membranes. Il est probable que la rupture de quelques-uns d'entre eux a dû amener les épanchements sanguins interstitiels que l'on constate à l'œil nu et que confirme l'examen histologique.

Les parties molles, lardacées de la tumeur, sont constituées par du tissu embryonnaire type, mélangé à une substance fondamentale déjà granuleuse. Le tout est mêlé à des globules sanguins très abondants et à des granulations pigmentaires provenant d'anciennes hémorrhagies.

Enfin sur quelques points plus durs, les coupes permettent de voir de véritables cellules cartilagineuses, sans chondroplastes bien nets, et à prolongements ramifiés.

La tumeur est donc un de ces enchondromes mixtes, comme on en rencontre fréquemment dans les organes glandulaires et dont le pronostic doit être réservé.

Vers le milieu d'octobre, le malade, qui s'était très bien porté pendant tout l'été, remarqua que la cicatrice saignait facilement, puis il se développa en ce point une sorte de bourgeon charnu qui, en prenant de l'accroissement, forma la tumeur pour laquelle il demande à être admis de nouveau à l'hôpital.

Cette tumeur arrondie, étalée au-devant du scrotum dont elle recouvre environ la moitié de la face antérieure, est bourgeonnante, a une couleur grisâtre, une consistance mollasse, et, après s'être étranglée pour former une sorte de pédicule au niveau de la cicatrice du scrotum, envoie dans l'épaisseur des enveloppes des bourses un prolongement plus dur, mais moins volumineux que la partie extérieure de la tumeur.

Au voisinage, la peau du scrotum ne présente pas d'autre altération qu'un développement anormal des veines. Du reste au moindre contact la tumeur saigne facilement. Les ganglions inguinaux ne sont pas volumineux. Le cordon est normal. Etat général parfait.

28 *novembre*. — Ablation de la tumeur par l'anse galvano-caustique. La tumeur figure exactement un champignon dont le pied est plus consistant et la tête évasée peu friable, de couleur foncée à la coupe, tandis que le pédicule est blanchâtre et ferme.

L'examen histologique n'a pas été fait.

Observation V

Enchondrome du testicule. — Adam, thèse de 1874
(Obs. recueillie au Val-de-Grâce, service de clinique chirurgicale).

Henri M..., gendarme à pied, en résidence à Arcueil, est un homme de 27 ans jouissant d'une constitution assez robuste, qui n'a jamais été malade et dont les antécédents ne laissent rien à désirer. Il ne

porte pas de traces de scrofule et affirme n'avoir jamais été atteint d'accidents d'origine soit vénérienne, soit syphilitique. L'hérédité ne peut pas être invoquée comme cause de l'affection dont il est porteur.

Le malade nous raconte qu'il y a environ huit mois, dans le courant du mois de septembre, il s'aperçut que son testicule droit avait augmenté de volume et qu'il présentait à sa partie inférieure une tumeur grosse comme un petit marron. Comme cette tumeur ne le gênait pas, il n'y attacha aucune importance et il continua son service jusqu'au mois de novembre 1873. Alors sa tumeur étant devenue assez grosse pour l'inquiéter, il se fit examiner par un médecin d'Arcueil. Celui-ci fit avec un trocart une ponction, qui donna à peine quelques gouttes de sang. Une deuxième ponction fut pratiquée, séance tenante, du côté opposé; elle fut sans résultat. Les frictions mercurielles auxquelles le malade avait recours n'arrêtèrent pas la marche de la tumeur dont le volume augmentait progressivement. Le malade finit par être inquiet et le 26 avril 1874, il vint trouver le médecin principal Vincent, qui s'empresse de le diriger sur le Val-de-Grâce.

A son entrée à l'hôpital, on constate que le malade est porteur d'une tumeur volumineuse occupant la place du testicule droit. Cette tumeur est de forme ovoïde, à grosse extrémité inférieure; son diamètre vertical est de 12 centimètres, son épaisseur de 10 centimètres. Elle est lisse, sans bosselures et possède surtout un poids considérable. Sa consistance est ferme, partout uniforme sauf en un point à la partie inférieure du testicule, et correspondant assez bien avec le point de départ de la maladie. On y sent un peu de ramollissement. La peau du scrotum est légèrement rouge et tendue; elle est sillonnée par des veines variqueuses peu développées; mais elle est saine, glisse parfaitement sur la tumeur et ne lui adhère en aucun point. Comme par le passé cette tumeur n'est le siège d'aucune douleur spontanée et la pression la laisse complètement insensible. M. Gaujot, recherchant l'étendue de cette tumeur, constate qu'elle est très bien limitée et que le cordon n'est pas plus gros que du côté opposé, et qu'il est parfaitement sain.

En déprimant l'abdomen il est impossible de sentir les ganglions lombaires. Les ganglions de l'aîne ne sont pas pris davantage.

L'état général continue à être excellent.

Diagnostic différentiel. — A quelle espèce de tumeur pouvions-nous avoir affaire? Le développement rapide et très considérable de la tumeur ne nous permit pas de nous arrêter à une orchite soit traumatique, soit blennorrhagique, soit syphilitique, soit tuberculeuse. Le défaut de sensation, de fluctuation, l'absence de transparence que nous avons constatée plusieurs fois, éloignent de nous la pensée d'un hydrocèle.

Contre l'idée d'un hématocèle nous pouvons invoquer : l'absence de toute espèce de traumatisme, la dureté et la surface irrégulière de la tumeur, le mode de développement de l'affection, qui a atteint un grand volume progressivement et dans l'espace de huit mois, tandis que l'hématocèle se forme brusquement, et une fois formée reste stationnaire.

En dehors de ces tumeurs le diagnostic devenait difficile à préciser. Avions-nous affaire à un encéphaloïde, à un sarcome kystique, ou maladie kystique de Curling, ou bien encore à un enchondrome? La marche rapide de la tumeur pouvait faire penser à un encéphaloïde, mais l'absence de bosselures, le manque de douleurs soit spontanées, soit à la pression, l'intégrité du scrotum et des ganglions lombaires, enfin l'état général du malade qui est excellent, nous portent à rejeter cette idée.

Reste donc la maladie kystique ou l'enchondrome : il nous paraît impossible de distinguer ici ces tumeurs l'une de l'autre, les symptômes que présente le testicule de notre malade pouvant s'appliquer à chacune de ces affections. Peut-être même l'enchondrome est-il associé à la maladie kystique, comme il arrive fréquemment. L'examen microscopique pourra seul nous renseigner à cet égard.

Du reste, ce diagnostic si précis n'a pas une grande importance pour le malade, l'indication thérapeutique étant la même dans les deux cas.

Dans les premiers jours du mois de mai, le malade trouvant cette

tumeur fort gênante par son poids et par le tiraillement qu'elle exerce sur le cordon, demande à en être débarrassé.

L'opération étant le seul mode de guérison possible, et se pratiquant dans des conditions d'autant plus avantageuses qu'elle est tentée plus tôt, M. Gaujot se décide à la faire le 2 mai.

M. Le professeur Gaujot se proposait d'essayer dans cette opération le procédé préalable d'Esmarch. Dans ce but il avait entouré sa tumeur d'une bande de caoutchouc destiné à refouler une partie du sang qu'elle contenait. Ceci fait il aurait mis à nu le cordon et en aurait opéré la section avec l'écraseur. Ensuite la bande élastique ayant été enlevée, il ne restait plus qu'à faire l'énucléation de la tumeur presque à blanc.

Malheureusement l'application de la bande rencontra des difficultés telles qu'il dut y renoncer et modifier l'opération de la façon suivante :

Une double incision elliptique fut faite à la partie antérieure de la tumeur de façon à circonscrire une partie des téguments. L'opérateur procéda ensuite à l'énucléation de la tumeur ; il eut soin d'enlever avec celle-ci la tunique vaginale qui lui adhérait sur presque toute son étendue. Dans les endroits où ces adhérences n'existaient pas, la tunique vaginale était distendue par un liquide citrin. La dissection terminée il fut facile de s'assurer que la tumeur était parfaitement circonscrite et le cordon tout-à-fait indemne. La section de ce dernier fut faite avec l'écraseur ; elle nécessita dix-huit minutes.

Lorsqu'on se crut assuré qu'il n'y avait lieu de craindre aucune hémorrhagie, on réunit les bords de la plaie avec trois points de suture, et le malade fut transporté dans un lit avec la recommandation de ne lui imprimer aucune secousse. Malgré ces précautions au bout de cinq minutes il se produisit une petite hémorrhagie artérielle qui dut être réprimée sur le champ. M. Gaujot enleva un point de suture et appliqua sans aucune difficulté une ligature sur une des artères du cordon.

A la suite de cette opération. Le malade ne ressentit jamais aucune douleur et rien ne vint entraver la cicatrisation de la plaie.

Cependant le 8 juin une fusée purulente se forme le long du cordon ;

mais en exerçant une légère pression sur le cordon, le pus s'écoule facilement. On recommande au malade d'exercer lui-même pendant la journée des pressions sur ce point.

Le 12 juin, l'état général du malade est excellent. Cette complication n'a donc duré que quatre jours et n'a entraîné aucune conséquence fâcheuse.

Le 18. — La cicatrisation marche rapidement et le 22 elle est assez avancée pour que le malade sorte prochainement de l'hôpital.

Examen histologique de la tumeur.

La tumeur est nettement circonscrite, composée d'un tissu opalin, un peu transparent, creusée de kystes nombreux, de volume variable, depuis celui d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'une petite noix. Le contenu de ces kystes est un liquide transparent, de consistance muqueuse. Quelques-uns contiennent du sang.

La dissociation de parties prises en divers points de la tumeur permet de reconnaître du tissu embryonnaire analogue au tissu de granulation ; jeunes cellules et substance fondamentale fibrillaire assez résistante. Le suc obtenu par pression est transparent ; il ne contient que quelques cellules embryonnaires, et d'autres plus rares mais plus grosses, à noyau apparent, à protoplasma granuleux polyédriques, de nature franchement épithéliale.

La tumeur ayant été traitée par l'alcool, l'acide picrique, la gomme est durcie par l'alcool, des coupes ont été faites en différents points et coloriées par le picro-carminate d'ammoniaque.

Examen des coupes. — Il y a lieu d'étudier séparément les kystes et le tissu dans lequel ils sont creusés.

La périphérie de la tumeur est limitée par une zone de tissu conjonctif fibreux très dense, très serré, riche en fibres élastiques, en tout semblable à la membrane albuginée, mais d'une épaisseur au moins double :

1° *Kystes.* — Ils sont de trois ordres :

a. — Les uns, ce sont les plus petits, contiennent des cellules

polyédriques, plus ou moins régulières, plus ou moins nombreuses à protoplasma granulo-graisseux ; quelques-unes de ces cellules ont même subi la dégénérescence colloïde. Dans quelques-uns de ces kystes nous avons constaté la présence de spermatozoïdes morts. Ils contiennent en outre une matière albumineuse coagulée qui emprisonne des groupes de cellules épithéliales. Ces kystes sont manifestement des tubes séminifères, dilatés par rétention des produits sécrétés. Nous les avons trouvés groupés sur des coupes qui examinées à un faible grossissement, rappelaient tout à fait la structure normale du testicule.

b. — D'autres kystes, plus rares, ont leurs parois tapissées par des cellules plates endothéliales et sont remplis d'un liquide albumineux coagulé. Ce revêtement endothélial permet de reconnaître les conduits du corps d'Higmore dilatés.

c. — Enfin la troisième série des kystes est constituée par des cavités tapissées d'un épithélium cylindrique des mieux conservés. Leur lumière est en outre souvent oblitérée par des détritus granuleux. Ces kystes sont les plus volumineux et sont formés sans aucun doute, comme le témoigne la nature de leur revêtement épithélial, par les canaux de l'épididyme.

Toutes ces dilatations d'apparence kystique, sur les coupes microscopiques de la tumeur, sont des canaux dilatés qu'il était d'ailleurs facile de suivre aussi bien sur les unes que sur les autres.

En somme on retrouve dans cette tumeur les tubes excréteurs et sécréteurs du liquide spermatique, dans les divers départements depuis les canaux séminifères jusqu'aux canaux excréteurs de l'épididyme en passant par la portion intermédiaire des cônes vasculaires. Partout ces tubes sont dilatés et remplis d'un contenu albumineux ; il est certain qu'il s'agit là d'une dilatation par rétention due à la compression exercée par le tissu ambiant sur les voies d'excrétion.

2° Tissu conjonctif.

Le squelette de cette tumeur est formé par un tissu connectif à différents degrés d'évolution.

a. — Sur les coupes que présentaient les kystes à revêtement

épithélial (corps d'Higmore) nous avons rencontré un tissu mixoïde analogue à celui du cordon ombilical, c'est-à-dire formé de grandes cellules étoilées, largement anastomosées entre elles au milieu d'une substance fondamentale de consistance colloïde.

b. — Mais le tissu qui domine, c'est un tissu embryonnaire, semblable au tissu des bourgeons charnus, formé de cellules jeunes (noyau et zone mince de protoplasma) contenues dans une gangue serrée de substance fondamentale fibrillaire.

c. — Le tissu embryonnaire est constellé de petits noyaux de tissu cartilagineux, de la dimension à l'œil nu de têtes d'épingles. Autour de ces noyaux enchondromateux et dans une zone assez étendue, le tissu embryonnaire se modifie et affecte une forme de plus en plus régulièrement stratifiée, qui marque le passage de ce tissu jeune vers une forme plus élevée. Les noyaux chondroïdes que l'on rencontre n'ont pas partout une texture aussi parfaite. En bon nombre de points, les cellules sont bien modifiées au point d'avoir acquis le volume des cellules cartilagineuses, mais la matière intercellulaire n'a pas encore la consistance cartilagineuse et est encore comme muqueuse.

En somme ce qui frappe dans l'étude de ce tissu dont la disposition générale est celle de travées conjonctives dans le testicule sain, c'est la tendance accentuée d'un tissu jeune, indifférent comme l'est le tissu embryonnaire, vers une forme plus élevée et bien définie : le tissu cartilagineux. On peut dire qu'il n'a manqué que l'âge à ce tissu pour qu'il ait atteint cette perfection dans sa totalité.

Quelle est la nature de cette tumeur ? Il est évident, d'après ce qui précède, que nous n'avons pas affaire à une tumeur développée à côté du testicule, mais bien une tumeur formée par le testicule lui-même, à la formation de laquelle tous les éléments de cet organe ont contribué. La description macroscopique et microscopique correspondent assez bien, à quelques détails des tructure histologique près, à la maladie kystique du testicule, décrite par Curlin. Cet auteur même a noté qu'on trouvait assez souvent dans ce sarcome kystique des pertes de cartilage. Mais il est plus logique de ne regarder ces kystes que comme des accidents dus à la structure même de l'organe aux dépens duquel s'est

développé le tissu nouveau et véritablement pathologique qui est ici de l'enchondrome.

D'autre part la dénomination d'enchondrome du testicule est également préférable à celle de sarco-enchondrome qu'on pourrait être tenté de lui donner, puisqu'il faut toujours que le tissu conjonctif passe par la forme de sarcome embryonnaire pour parcourir les diverses étapes qui doivent le conduire à la forme plus élevée qui détermine le processus. Dans le cas dont il s'agit ici, bien que les noyaux cartilagineux n'aient pas envahi toute la masse de la tumeur, la tendance générale des cellules, observées en des points nombreux, à affecter la disposition de cellule cartilagineuse, autorise à regarder le cartilage comme le type vers lequel tendait l'organisation de la masse embryonnaire de la tumeur.

Observation VI

Enchondrome du testicule gauche ayant affecté la marche et les allures d'une orchite chronique, par M. Bambianchi, interne.

Haoscher, 39 ans, a eu autrefois deux chancres, l'un en 1854, le second en novembre 1873, qui n'ont pas été suivis d'accidents constitutionnels ; en décembre 1873, arthrite du genou gauche, peut-être blennorrhagique.

En janvier 1874, le malade qui jusque là avait eu, d'après son dire, les testicules parfaitement sains et nullement douloureux, ressentit tout à coup, en descendant un escalier, une douleur vive dans le testicule gauche ; il remonta immédiatement chez lui et s'aperçut que le testicule gauche avait le double du volume normal ; cette douleur fut passagère, mais depuis la tumeur augmenta peu à peu, sans aucun symptôme inflammatoire et sans provoquer de nouvelles douleurs.

Cet homme entre à Necker, service de M. Guyon (salle Saint-Jean n° 10) le 12 mai 1874. Il est lymphatique, mais non amaigri. Le testicule a le volume d'un œuf d'oie, il est régulièrement ovoïde, sans bosselures. Ni l'épididyme, ni le cordon ne peuvent être sentis, ils sont

perdus dans la masse. Au-dessous on retrouve le cordon qui a son volume normal. La tumeur est ferme, sans trace de fluctuation, excepté en avant et en bas où se trouve un point fluctuant ou tout au moins très élastique. La peau n'est pas adhérente, elle est rouge, mais non enflammée. Pas d'hydrocèle.

19 *mai*. — Une ponction est faite au centre de la masse dans le but d'éclairer le diagnostic ; il ne sort par la canule que quelques gouttes de sang.

21. — Poussée inflammatoire portant sur le testicule et sur le scrotum ; la tumeur a beaucoup augmenté de volume, fièvre, vomissements, rien du côté gauche du petit bassin ; pas de péritonite.

23. — L'état est le même, les vomissements continuent.

26. — Le malade a toujours la fièvre. La face antérieure du scrotum a contracté des adhérences avec la tumeur. La peau à ce niveau est rouge et amincie. Elle cède, et il sort par la fistule un pus jaunâtre.

Le genou gauche est très douloureux. Il se développe au côté droit de la région cervicale antérieure un phlegmon superficiel.

27. — Cette nuit il y a eu de l'agitation, la fièvre est modérée.

28. — On découvre un point fluctuant au côté interne du genou ; une incision donne issue à du pus sanguinolent. On craint l'infection purulente.

Les parents du malade l'enmènent chez eux le 28 mai. A partir de ce moment, l'état de cet homme s'améliore, et l'on voit la santé générale se rétablir ; cependant la tumeur continue de grossir ; l'ouverture fistuleuse de l'abcès s'élargit et livre passage à un gros champignon ; les adhérences du scrotum s'étendent.

15 *juillet*. — M. Guyon pratique la castration. A ce moment, l'état général est satisfaisant. Le malade a repris de l'embonpoint, quoique pâle. La tumeur est plus grosse que le poing ; elle adhère presque partout au scrotum. Un énorme champignon sanieux, grisâtre, saignant facilement, fait saillie à la partie antérieure à travers une ouverture circulaire du scrotum large comme une pièce de cinq francs. Deux autres champignons plus petits ont aussi ulcéré la peau au

dessus et au-dessous du précédent. La dissection est laborieuse : on évite d'ouvrir la tunique vaginale droite. Le cordon qui est gros comme le pouce et dont les éléments ne sont pas distincts est lié en masse. La réunion de la plaie se fit bien. La ligature tomba au bout de sept jours. Aujourd'hui 28 juillet la guérison de la plaie touche à sa fin.

Examen macroscopique de la tumeur : En faisant une coupe d'avant en arrière on voit que le testicule forme une masse grosse comme un œuf entourée par les tuniques adhérentes et épaissies. L'aspect est encéphaloïde ; masses jaunes rougeâtres, ramollies par places, présentant çà et là des grains de pigment. La tunique albuginée participe à la néoplasie. On sépare avec peine la tunique vaginale très épaisse et dont les deux feuillets sont adhérents. Le cordon et l'épididyme sont perdus dans la masse.

Examen microscopique (Rendu et Coyne) : masse de tissu fibreux et embryonnaire présentant des ilôts de cartilage. Les cellules cartilagineuses sont pressées les unes contre les autres et il n'y a pas de substance fondamentale. Les ilôts encore petits se montrent au centre des canaux glandulaires ; à mesure qu'ils grossissent ils écartent la substance embryonnaire qui les environne.

Observation VII

Anger. Bulletin de la Société de Chirurgie, Année 1878, p. 235.

Au mois de Juillet 1875, entra à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Dolbeau que je remplaçais, un homme de 43 ans qui avait un enchondrome volumineux du testicule gauche. Son état était pitoyable non du fait de l'enchondrome, mais par suite d'une stomatite, je pourrais presque dire d'une intoxication mercurielle qu'il devait au traitement que plusieurs confrères de la ville lui avaient fait suivre. Lorsqu'il fut un peu remis, je lui pratiquai la castration qui fut faite le 12 août 1875, il y a par conséquent deux ans et demi.

Le testicule se trouvait situé à la périphérie de la tumeur. Il était aplati, étalé, et il avait fallu une recherche attentive pour le retrouver.

M. Anger ajoute :

C'est en me fondant principalement sur ce caractère, c'est-à-dire sur l'isolement du tissu fibro-cartilagineux au sein du testicule que je portai lors de l'opération un pronostic favorable. Ces prévisions se sont réalisées. J'ai revu mon opéré vendredi dernier, 2 ans 1/2 après l'opération ; il est parfaitement portant et l'on ne trouve dans la fosse iliaque aucune trace d'engorgement ganglionnaire.

Le fait rapporté dans l'observation précédente concorde parfaitement avec ceux qui ont été observés par M. Conches, ainsi que nous l'avons dit dans notre historique, M. Conches a montré que la tumeur kystique du testicule était une variété d'enchondrome, de plus il a prouvé que les enchondromes présentaient un caractère de beaucoup plus grande gravité lorsque le tissu présentait des kystes que lorsqu'il était formé par un tissu compacte et homogène.

TABLEAUX contenant tous les cas connus d'enchondrome du testicule

Auteur de l'observation	Combinaisons de l'enchondrome	Nom et âge du malade	Étiologie	Traitement	Durée de l'affection	Résultat
1 Astley Cooper 1823	Enchondrome pur du testicule.	James Verrail, 26 ans.	4 blennorrhagies, une orchite.	Castration	18 mois	Lorsque le malade quitta l'hôpital, la cicatrisation était complète. N'a pas été revu.
2 Cruveilhier 1828	Enchondrome, kystes et cancer.	Lucas, 27 ans.	Sans cause connue.	Castration	2 ans	Six mois après la castration, tumeurs encéphaloïdes développées dans l'épaisseur du corps des vertèbres. Mort par compression de la moelle en dix mois.
3 Letenneur 1838	Testicule contenant du cancer, des kystes, du tubercule et du cartilage.	»	Cause indéterminée.	Castration	»	Guérison. N'a pas été revu.
4 Lebert 1849	Enchondrome et tubercule.	35 ans	Coup sur le testicule gauche.	Castration	2 ans	Sorti guéri de l'hôpital, n'a pas été revu.
5 Jaber Hogg 1851	Enchondrome et maladie kystique.	W..., 30 ans.	Coup violent sur le testicule gauche.	Castration	16 mois	Guérison persiste après deux ans. Depuis, n'a pas été revu.
6 Zambaco 1852	Enchodrome pur.	X.., 23 ans.	Coup sur la cuisse gauche.	Castration	»	Guérison. N'a pas été revu.
7 Demarquay 1853	Enchondrome et cancer.	22 ans.	Sans cause connue testicule gauche.	Castration	5 mois	Guérison (huit ans de date).
8 Demarquay 1853	Enchondrome et cancer.	23 ans.	Sans cause connue, testicule droit.	Castration	4 ans	Guérison (huit ans de date).

Auteur de l'observation	Combinaisons de l'enchondrome	Nom et âge du malade	Étiologie	Traitement	Durée de l'affection	Résultat
9 James Paget 1855	Enchondrome et cancer.	38 ans.	Coup sur le testicule.	Castration	18 mois	Mort quinze jours après. Les ganglions lymphatiques de la région lombaire étaient cancéreux, mais ne renfermaient pas trace de cartilage.
10 James Paget 1855	Enchondrome pur.	Henry Vind, 37 ans.	Coup sur le testicule.	Castration	23 mois	Guérison. Deux mois plus tard, récidive locale. Généralisation dans le poumon, dont le parenchyme présente quatre masses cartilagineuses pesant 5150 grammes. Mort cinq mois après l'opération.
11 Henry Tompson 1855	Enchondrome, kystes et cancer.	J. M..., 25 ans.	Coup sur le testicule droit.	Castration	8 mois	Guérison. Plaie cicatrisée dix-huit jours après. N'a pas été revu.
12 Jouon 1859	Enchondrome pur.	François Préelle, 27 ans	Masturbation, tiraillement pendant un effort. Testicule droit.	Castration	»	Guérison. N'a pas été revu.
13 Verneuil 1859	Enchondrome pur.	45 ans.	Coup sur le testicule gauche.	Castration	5 ans 1/2	Mort cinq mois après l'opération; symptômes graves du côté des organes respiratoires. Mais l'autopsie n'a pas été faite.
14 Richet 1861	Enchondrome pur.	J..., 35 ans.	Sans cause connue testicule gauche.	Castration	18 mois	Guérison après quinze jours. N'a pas été revu; mais à sa sortie de l'hôpital, il présentait de la difficulté de la respiration, de l'essoufflement pendant la marche, une teinte terreuse. Symptômes, ajoute M. le professeur Richet, qui me font redouter que la maladie ne se reproduise dans les viscères.

Auteur de l'observation	Combinaisons de l'enchondrome	Nom et âge du malade	Étiologie	Traitement	Durée de l'affection	Résultat
15 Dauvé 1861	Encodrome pur.	L..., infirmier militaire, 26 ans.	Sans cause connue.	Castration	18 mois	Mort cinq mois après l'opération de : récidive locale, et de généralisation aux ganglions lombaires avec perforation du duodénum.
16 Lhonneur 1861	Enchondrome.	B..., soldat, 24 ans.	Froissement du testicule gauche.	Castration	6 mois	Guérison. N'a pas été revu.
17 Demarquay 1861	Enchondrome pur très vasculaire.	B..., cultivateur, 34 ans.	Coup de pied de cheval sur le test. droit	Castration	15 mois	Guérison. N'a pas été revu.
18 Maunoir 1874	Enchondrome avec kyste hématique.	M..., 30 ans.	Coup sur le testicule.	Castration	8 mois	Guérison. Six mois après, récidive locale. Cette tumeur est enlevée. Le malade n'a pas été revu.
19 Adam 1874	Enchondrome pur.	Henri M..., gendarme à pied, 27 ans.	Sans cause connue.	Castration	8 mois	Guérison. N'a pas été revu.
20 Zambianchi 1874	Ilots de cartil. avec tissu fibreux et embryonnaire	Haoscher, 39 ans.	Sans cause connue testicule gauche.	Castration	6 mois	Guérison. N'a pas été revu.
21 Anger, 1878	Tumeur fibro-cartilagineuse.	43 ans.	Testicule gauche cause non mention.	Castration	»	Guérison persiste deux ans et demi après l'opération.
22 Poinsot 1878	Fibro-chondrome.	Lat..., enfant, 7 ans.	Testicule gauche sans cause connue.	Castration	1 an	Récidive locale. Généralisation myxo-chondromateuse dans les ganglions lombaires. Mort six mois après l'opération.
23 Marion 1881	Chondro-sarcome.	Cocural, 23 ans.	Testicule droit, sans cause connue, plus volumineux depuis l'âge de 9 ans ; état stationnaire jusqu'à ces 3 derniers mois	Pas d'opération	14 ans	Tumeur abdominale de généralisation, intéressant surtout les ganglions lombaires. Mort en 3 mois.

Nous n'avons pas voulu mentionner dans ce tableau les observations qui ne rappellent de l'enchondrome du testicule que le nom. Sont dans ce cas : 1 observation de Curling, 1 de Muller, 1 de Baring, 2 de Paget, 2 de Virchow.

§ I. — De ce tableau il résulte que sur 23 observations l'enchondrome s'est présenté comme :

1° Enchondrome à peu près pur, ou mélangé avec des kystes, 12 fois ;

2° Enchondrome associé au cancer, 5 fois ;

3° Enchondrome associé au tubercule, 2 fois ;

4° Enchondrome associé au cancer, kyses et tubercule, 1 fois ;

5° Enchondrome associé au tissu fibreux, 3 fois.

§ II. — L'enchondrome nous a puru siéger plus souvent à gauche qu'à droite dans la proportion de 2 fois contre 1.

§ III. — La plupart des malades ont rapporté le début de leur affection à une cause traumatique ou inflammatoire (coups, blennorrhagie).

Nous croyons que ce n'est là qu'une cause occasionnelle faisant éclater une prédisposition organique que nous appellreons avec certains auteurs, diathèse cartilagineuse.

§ IV. — C'est une affection qui n'apparaît guère qu'entre 20 et 35 ans, intervalle correspondant à la période d'activité de la glande.

§ V. — La durée moyenne de l'évolution de la tumeur est de 18 mois.

§ VI. — La castration a été pratiquée 22 fois sur 23.

10 malades seulement ont été suivis pendant six mois ou plus :

6 morts.

4 cas de guérison persistant : après 2 ans, dans 2 cas ; après 8 ans, dans 2 cas.

Total 10

Les 12 autres malades n'ont pas été revus après leur sortie de l'hôpital. Il faut en excepter un, qui est revenu se faire opérer une tumeur de récidive et dont on a ensuite perdu la trace. Il ne faut pas oublier non plus le malade de M. Richet présentant déjà à sa sortie de l'hôpital des symptômes pulmonaires graves.

Nous ne pouvons nous empêcher de craindre que plusieurs de ces malades, à l'apparition d'une seconde tumeur, n'aient douté du savoir-faire de leur chirurgien et ne soient allés s'adresser à un autre. Ce qui expliquerait suffisamment qu'on ne les ait pas revus, sans qu'on doive admettre comme démontrée leur guérison définitive.

§ VIII. — Nous avons constaté 4 cas de récidive locale après 1, 2, 4 et 6 mois.

Ces chiffres démontrent d'une façon incontestable la gravité de l'enchondrome du testicule, et nous ne saurions qu'accentuer la tendance des chirurgiens à considérer cette tumeur comme d'un pronostic fâcheux.

Imp. A. Derenne, Mayenne. — Paris, boulev. Saint-Michel, 52.

QUESTIONS

SUR DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie et histologie normales. — Appareil de la digestion.

Physiologie. — De l'effort.

Chimie. — Préparation et propriété du sulfure de potassium, de calcium, de fer, d'antimoine (hermès) et de mercure.

Histoire naturelle. — Des inflorescences ; comment les divise-t-on ? Quelle est leur valeur pour la détermination des genres et des espèces.

Pathologie externe. — Des abcès du cou et de leur traitement.

Pathologie interne. — De l'hypertrophie du cœur.

Pathologie générale. — Du rôle des nerfs vaso-moteurs dans les maladies.

Pharmacologie. — Des préparations pharmaceutiques qui ont les cantharides pour bases.

Anatomie et histologie pathologiques. — De la phlébite.

Médecine opératoire. — De la suture de l'intestin.

Thérapeutique. — De la médication altérante et de ses principaux agents.

Hygiène. — De l'encombrement.

Médecine légale. — Rigidité cadavérique, phénomènes de la putréfaction modifiés selon les milieux, le genre de mort, l'âge et diverses circonstances.

Accouchements. — De l'accouchement par le pelvis.

Vu par le Président de la thèse,

PANAS.

Vu et permis d'imprimer,

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,

GRÉARD.